

EPISODISCHER ALKOHOLISMUS
LITERATURÜBERSICHT UND KLINISCHE ERHEBUNG

RAYMUND FR. HAHN

1987

Disbui. München

Episodischer Alkoholismus

Literaturübersicht und klinische Erhebung.

Dissertation

**zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von
Raymund Fr. Hahn
aus
Baldham

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Feuerlein

1. Mitberichterstatter: Prof. Dr. D. Ploog

2. Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 16.07.1987

Inhalt

1. Einleitung und historischer Abriss
2. Jellineks Beitrag zur Klassifikation der Alkoholiker, Schaffung des Begriffs Epsilon-Alkoholismus.
 - 2.0 Allgemeines, Motive für eine Typologie des Alkoholismus
 - 2.1 Entwicklung der Jellinek'schen Alkoholikertypologie und Begriff Epsilon-Alkoholismus.
 - 2.2 Episodischer Alkoholismus nach Jellinek.
3. Das klinische Bild des episodenhaften Alkoholismus.
 - 3.0 Allgemeines
 - 3.1 Verteilung des Alkoholkonsums als Klassifikationskriterium
 - 3.2 Die Trinkphase des episodischen Alkoholismus
 - 3.2.0 Allgemeines
 - 3.2.1 Prodromalerscheinungen
 - 3.2.2 Die Trinkphase
 - 3.2.3 Dauer der Trinkphase, erstes Auftreten
 - 3.2.4 Die kritische Lösung
 - 3.3 Die "lucide" Phase
 - 3.4 Ausgang und Prognose
 - 3.5 Dipsomanie und "Menstruationspsychosen"
 - 3.6 Zuordnung der Dipsomanie zu den sog. Monomanien
 - 3.7 Der Zusammenhang zwischen episodischem Alkoholismus und den Krankheiten des epileptischen Formenkreises
 - 3.8 Episodischer Alkoholismus und affektive Psychosen
4. Klinische Untersuchung
 - 4.1 Versuchsbeschreibung
 - 4.1.1 Ziel der Untersuchung
 - 4.1.2 Methodik und Fallauswahl
 - 4.1.3 Kontrollgruppe
 - 4.1.4 Kritische Bemerkungen zu Durchführung und Datengewinnung; Reliabilität und Aussagekraft der Erhebung

- 4.2 Zur Häufigkeit des episodischen Alkoholismus
- 4.3 Die Verteilung des episodischen Alkoholismus zwischen Männern und Frauen.
- 4.4 Trinkverhalten und Trinkkarriere, soziographische, anamnetische Daten.
 - 4.4.1 Alkoholberufe und Alkoholgefährdete Berufe.
 - 4.4.2 Polytoxikomanische Tendenzen.
 - 4.4.3 Beginn des Alkoholabusus.
 - 4.4.4 Frequenz des Alkoholabusus.
 - 4.4.5 Alkoholkonsum in den letzten beiden Jahren.
 - 4.4.6 Täglicher Trinkbeginn in den letzten beiden Jahren.
 - 4.4.7 Trinkpausen
 - 4.4.8 Rauschtrinken
 - 4.4.9 Trinkgesellschaft
 - 4.4.10 Trinkorte
 - 4.4.11 Art der alkoholischen Getränke
 - 4.4.12 Tägliche Alkoholmenge in den letzten beiden Jahren.
 - 4.4.13 Altersverteilung der Patienten.
 - 4.4.14 Berufszugehörigkeit
 - 4.4.15 Psychiatrische Zweit- und Dritt Diagnosen.
 - 4.4.16 Beginn des episodischen Trinkens.
 - 4.4.17 Prädilektionszeiten.
 - 4.4.18 Prodromalerscheinungen
 - 4.4.19 Auslöser
 - 4.4.20 Anzahl der Trinkepisoden
 - 4.4.21 Entwicklungstendenz der Trinkphasen.
 - 4.4.22 Phasenlänge
 - 4.4.23 Entwicklungstendenz der Zwischenphasen.
 - 4.4.24 Länge der Zwischenphasen
 - 4.4.25 Trinkverhalten in den Zwischenphasen.
 - 4.4.26 Frühere Behandlung des Alkoholismus.
 - 4.4.27 Sequenz der Trinkformen.

- 4.5 Alkoholfolgeerscheinungen bei Epsilon-Alkoholikern
- 4.5.1 Somatische, psychische, psychiatrische, soziale Folgen
- 4.5.2 Suicidale Handlungen
- 4.6 Die Anwendung des Münchner Alkoholismus-Test (MALT)
 bei Epsilon-Alkoholikern
- 4.7 Aufgliederung der episodischen Alkoholiker in drei
 Untergruppen
- 4.7.1 Trinkverhalten und Trinkkarriere, soziographische,
 anamnetische Daten, aufgegliedert nach Untergruppen
- 4.7.1.1 Verteilung zwischen Männern und Frauen, bezogen auf
 die drei gebildeten Untergruppen
- 4.7.1.2 Beginn des Alkoholabusus
- 4.7.1.3 Frequenz des Alkoholabusus
- 4.7.1.4 Alkoholkonsum in den letzten beiden Jahren
- 4.7.1.5 Täglicher Trinkbeginn
- 4.7.1.6 Trinkpausen
- 4.7.1.7 Rauschtrinken
- 4.7.1.8 Trinkgesellschaft
- 4.7.1.9 Trinkorte
- 4.7.1.10 Art der alkoholischen Getränke
- 4.7.1.11 Tägliche Alkoholmenge
- 4.7.1.12 Berufszugehörigkeit
- 4.7.1.13 Beginn des episodischen Trinkens
- 4.7.1.14 Prodromalerscheinungen
- 4.7.1.15 Auslösesituationen
- 4.7.1.16 Anzahl der charakteristischen Trinkepisoden
- 4.7.1.17 Entwicklungstendenz der Trinkphasen
- 4.7.1.18 Phasenlänge
- 4.7.1.19 Entwicklungstendenz der Zwischenphasen
- 4.7.1.20 Länge der Zwischenphasen
- 4.7.1.21 Trinkverhalten in den Zwischenphasen
- 4.7.1.22 Frühere Behandlungen des Alkoholismus
- 4.7.2 Alkoholfolgeerscheinungen bei den einzelnen Unter-
 gruppen episodischer Alkoholiker
- 4.7.2.1 Somatische, psychische, psychiatrische, soziale Folgen
- 4.7.2.2 Suicidale Handlungen

5. Diskussion der erhaltenen Befunde.

- 5.1 Die Häufigkeit des episodischen Alkoholismus.**
- 5.2 Geschlechtsunterschiede.**
- 5.3 Zum klinischen Bild des episodischen Alkoholismus:
Trinkverhalten und Trinkkarriere.**
- 5.3.1 Vergleich episodische/ chronische Trinker.**
- 5.3.1.1 Herkunft aus klassischen Alkoholberufen.**
- 5.3.1.2 Zeitpunkt des Beginns des Alkoholabusus**
- 5.3.1.3 Tageszeitliche Verläufe**
- 5.3.1.4 Trinkpausen**
- 5.3.1.5 Rauschtrinken**
- 5.3.1.6 Trinkgesellschaft**
- 5.3.1.7 Wahl der alkoholischen Getränke**
- 5.3.1.8 Alkoholmengen**
- 5.3.1.9 Altersverteilung der Patienten**
- 5.3.1.10 Berufszugehörigkeit der Patienten**
- 5.3.1.11 Psychiatrische Zweit- und Dritt Diagnosen**
- 5.3.2 Spezielle Aspekte des episodischen Trinkverhaltens**
- 5.3.2.1 Verlauf der Alkoholkrankheit**
- 5.3.2.2 Epsilon-Alkoholismus: Eigenständige Form - Symptom
einer anderen Erkrankung oder Phase im Verlauf des
chronischen Alkoholismus?**
- 5.4 Zu den Alkoholfolgeerscheinungen**
- 5.4.1 Somatische**
- 5.4.1.1 Gastrointestinale**
- 5.4.1.2 Vegetative**
- 5.4.1.3 Neurologische**
- 5.4.2 Soziale**
- 5.4.3 Psychische**
- 5.4.4 Psychiatrische Syndrome.**
- 5.5 Anmerkungen zur Testanwendung des MALT bei episodischen
Trinkern**
- 5.5.1 MALT - F**
- 5.5.2 MALT - S**
- 5.5.3 Gesamtpunktwert**
- 5.6 Auslösende Faktoren.**

- 5.7 Episodischer Alkoholismus: Einheitliches Bild oder Überbegriff für unterschiedliche Krankheitsgruppen?
- 5.7.1 Untergruppe U_1 : "Primäre" episodische Alkoholiker
- 5.7.2 Untergruppe U_2 : Episodischer Alkoholismus, entwickelt aus vorhergehendem Konfliktrinken
- 5.7.3 Untergruppe U_3 : Episodischer Alkoholismus, entwickelt nach vorhergehendem gewohnheitsmäßigen Alkoholabusus
- 5.7.4 Zu den Alkoholfolgen bei den einzelnen Untergruppen episodischer Alkoholiker
- 5.7.5 Ergebnis der Untergruppenbildung

6. Zusammenfassung

7. Literaturverzeichnis

8. Anhang

Erhebungsbogen: Episodische Trinker

Anlage statistische Berechnungen zur Untergruppenbildung

Danksagung

Lebenslauf

1. Einleitung und historischer Abriß

Alkoholgenuß und -mißbrauch ist seit der Antike bekannt. Bereits der römische Dichter und Philosoph SENECA hat das Delirium tremens beschrieben. (HUSS, 64) Seit sich die Wissenschaft verstehend-analysierend mit übermäßigem Alkoholkonsum als Krankheitsphänomen auseinandergesetzt hat (in älteren Werken wird hier zum Beispiel immer wieder auf eine leider nicht mehr zugängliche Inaugural-Dissertation von TROTTER 1780 (147) verwiesen, ist aufgefallen, daß das Bild der Trunksucht kein einheitlich-homogenes ist, daß es den Alkoholiker gemeinhin nicht gibt. Man hat bemerkt, daß sich hinter einer prominenten, eindrucksvollen Symptomatik eine Vielzahl von Verläufen, Zuständen, Verhaltens- und Reaktionsweisen verbergen kann, woraus je nach vorliegender Kasuistik oder wissenschaftlichem Interesse höchst unterschiedliche Spekulationen über die Genese dieser Erscheinung geäußert worden sind.

Das Krankheitskonzept der Trunksucht postuliert 1852 auch Magnus HUSS (64). Er hat den Namen "Alcoholismus chronicus" in die Pathologie eingeführt und damit die Gesamtheit der Veränderungen bezeichnet, welche der fortgesetzte Genuß geistiger Getränke zu erzeugen vermag.

Auf das Jahr 1819 gehen Versuche zurück, das Spektrum der Erscheinungsformen der Trunksucht zu kategorisieren: VON BRÜHL-CRAMER (19) unterscheidet eine anhaltende, eine temporäre und eine vermischte Trunksucht, wobei als gemeinsame Ursache aller Arten eine "abnorme Empfindlichkeit der epigastrischen Nervenplexus" unterstellt wird.

Vermutlich nimmt VON BRÜHL-CRAMER, ein in Moskau tätiger Arzt, in dieser Klassifizierung Bezug auf die am gleichen Ort zwei Jahre zuvor herausgegebene Veröffentlichung:

"Commentatio pathologica et therapeutica de ebrietate continua, remittende et intermittende" von SALVATORI, der hierin von Trinkern berichtet, bei denen sich "später ein periodischer Trieb zu reichlichem Alkoholgenuss ausbilde; er nannte dies 'furor bibendi' oder 'Oinomania'" (133).

Die hier speziell interessierende temporäre Trunksucht kennt VON BRÜHL-CRAMER in drei Formen:

1. die nachlassende Trunksucht, bei der die Begierde nach Alkohol zu verschiedenen Tageszeiten verschieden stark ist;
2. die intermittierende Trunksucht, bei der die Trinkexcesse in kurzen Zwischenräumen widerkehren, sich jeden Monat mehrmals einstellen und 1 - 3 Tage dauern;
3. die periodische Trunksucht, auch 'Quartalsoff' genannt." (19)

Soweit feststellbar, wird in diesen Arbeiten damit erstmals explizit die das Thema der vorliegenden Abhandlung betreffende episodische Trunksucht erwähnt. Warum dies gerade in Rußland geschah, ist sicher nicht zufällig. Darauf wird noch einzugehen sein. Im übrigen wird im Vorwort des VON BRÜHL-CRAMERSchen Buches von HUFELAND (63) der Begriff Dipsomanie eingeführt, jedoch zur generellen Bezeichnung aller Formen des übermäßigen Alkoholgebrauchs. (Hieraus ergibt sich auch die "überragende Rolle" dieses Begriffs in der psychiatrischen Literatur des 19. Jahrhunderts; WIESER, 157).

Eine begriffliche Klärung bzw. eine Einschränkung des Begriffsumfangs auf die Quartalstrunksucht erfolgt nur wenig später; in den Arbeiten von HENKE 1830 (58) und FUCHS 1837 (45) beispielsweise ist sie bereits durchgängig vorhanden:

Die von FUCHS mitgeteilte Beobachtung einer periodisch ausgebildeten Trunksucht würdigt HENKE in einem Vorwort als "sprechenden Beweis, daß dieselbe auch in Deutschland (wenn auch vielleicht seltener als in Rußland) vorkommt" und widerspricht damit der Auffassung, daß "Ärzte in Deutschland die periodische Trunksucht für Täuschung oder Fiktion" halten. (58)

In der französischen psychiatrischen Literatur erscheint der Begriff Dipsomanie, wie GAUPP (47) berichtet, erstmals 1838 in einer Abhandlung ESQUIROLs (33) ; in den in deutscher Übersetzung 1854 erschienenen "Vorträgen über Geisteskrankheiten" widmet GUISLAIN (54) der Dipsomanie zweieinhalb Seiten, bezeichnet sie jedoch als selten. 1849 erscheint die bereits eingangs erwähnte Abhandlung des schwedischen Arztes Magnus HUSS mit ebenfalls sehr ausführlichen Bemerkungen zur Dipsomanie (in deutscher Sprache 1852, 64), in der auch auf die älteste bekannte englischsprachige Mitteilung einschlägiger Fälle, datiert auf das Jahr 1842 hingewiesen wird (HUTCHINSON, 65). In der älteren italienischsprachigen psychiatrischen Literatur finden sich bei TAMBURINI (1885) (145), CAPPELLETTI (1896) (24) und BUCELLI (1898) (20) Anmerkungen zu dieser Thematik.

1904 erscheint in Berlin eine "Bibliographie der gesamten wissenschaftlichen Literatur über den Alkohol und den Alkoholismus" von E. ABDERHALDEN (1), in der bereits mehrere Seiten lang Monographien, Dissertationen, Falldarstellungen und Zeitschriftenartikel, die dem Problemkreis Dipsomanie gewidmet sind, aufgezählt werden, wobei diese Zusammenstellung, wie sich bei eingehender Durchsicht der Literatur des vergangenen Jahrhunderts ergibt, bei weitem nicht vollständig ist.

Eine der zentralen Fragestellungen, von der die ältere Psychiatrie bei ihren Überlegungen ausging, war die nach den Ursachen der Geistesstörungen. Sieht man die Werke dieser Zeit durch, wird man kaum einen Autor finden, der sich etwa mit Feststellungen wie: "Das Wesen der Krankheit ist unklar", "die Ursache ist unbekannt" lange aufhält. Vielmehr findet man zusätzlich Erklärungsversuche, Spekulationen und Hypothesen, die oft zum Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis, gelegentlich aber auch in die Irre führen.

In der Medizin, vor allem aber in der Psychiatrie, ist bekannt, daß auf dem Wege völlig unterschiedlicher Pathogenese relativ uniforme Krankheitsbilder entstehen können und sich diese, auch und besonders bei den Suchtkrankheiten, mit den Umständen und Zeitläufen ändern ("Aera contemporanea alcoholica")(IN DER BEECK; 9)(BOETERS; 14);daß sich auf der Basis einer gleichen Persönlichkeitsstruktur ein schillerndes Spektrum multiformer Syptomatik entwickeln kann. Nicht zuletzt wurde beobachtet, daß sich im Zuge einer Krankheit verschiedene Symptome (Suchtverhalten, neurotische Reaktionen, suicidale Tendenzen etc.) abwechseln können, wobei zumeist einer dieser Aspekte -gleichsam als Leitsymptom- über die anderen dominieren kann und weitgehend das Verständnis und eventuell den therapeutischen Zugang (VOLBEHR;150) bestimmt.

Dies gilt auch für die quartalsweise auftretende Trunksucht, die wegen ihrer auffälligen Symptomatik schon bald ins Blickfeld der Psychiatrie gerückt worden ist. Dazu mag beigetragen haben, daß sich -zumindest phänomenologisch- dieser Typus durch den charakteristischen Aspekt scheinbar leicht von anderen Geisteskrankheiten wie auch vom Alkoholismus chronicus abgrenzen hat lassen.



Der Wandel des Erkenntnisprozesses dieser Krankheit spiegelt sich, wie gesagt, nirgends besser als im Wandel der unterstellten Ursachen:

Wie auch den chronischen Alkoholikern wurde den Quartals-trinkern in früheren Zeiten ihre Unmässigkeit als Laster, als moralische Verfehlung angerechnet. Sie wurden als "willensschwache unmoralische Säufer" angesehen, die die Verachtung ihrer Umwelt zu ertragen hatten, obwohl man "in ärztlichen Kreisen darüber einig geworden ist, in der Dipsomanie eine Geisteskrankheit, kein selbstverschuldetes Laster zu sehen" (GAUPP 1901; 47). Auch TROTTER (147) spricht 1780 bereits von der Trunksucht als einem Zustand geistiger Unzurechnungsfähigkeit, und GAUSTER (48) bemerkt 1854 die Schwierigkeit, "das Verständnis der vorhandenen Krankheit dem Laien zu vermitteln, der sich nur schwer überzeugen lässt, dass er es nicht mit Böswilligkeit, Lüderlichkeit, Schlechtigkeit und Verkommenheit eines Gesunden, sondern mit einer Reihe von Erscheinungen der Erkrankung des Nervensystems der Untersuchten mit psychischen Störungen zu thun hat."

Muten manche der von den Autoren des vergangenen Jahrhunderts geäußerten Ursachen des episodischen Alkoholismus aus heutiger Sicht fast skurril an, gehen andere, zwar noch ohne den heute gebräuchlichen terminologischen Hintergrund, aber wie es scheint, der damaligen Zeit weit voraus, in Richtung Vermutung einer psychogenen Reaktion. GAUPP (47) faßt zusammen, was im vergangenen Jahrhundert für die Entstehung der Dipsomanie verantwortlich gemacht worden ist:

"Körperliche Überanstrengungen, Sonnenstich, starke Gemütsbewegungen, Sorgen, Kummer, Blutverluste, schlechte Ernährung, periodische Herzerweiterungen."

Bei der prominenten Bedeutung, die den Erblichkeitsfaktoren in der psychiatrischen Medizin zugemessen worden ist, erstaunt es nicht, daß auch dem episodischen Alkoholismus derartige

hereditäre Prädispositionen unterstellt worden sind: Für MAGNAN ist, wie GAUPP (47) berichtet, die hereditäre Belastung die wesentliche Bedingung ihres Entstehens; für SCHÜLE (135) ist sie "Symptom der degenerativen Constitution, Zeichen eines in Degenereszenz begriffenen Gehirnlebens." LEGRAIN (89) schreibt in "Hérédité et alcoolisme", daß Dipsomanie vorwiegend bei Nachkommen von starken Trinkern vorkommt, er glaubt, ein "lawinenartiges Anschwellen der hereditär-alkoholischen Degeneration" beobachten zu können: "Ist der Vater Trinker, so kann der Sohn Dipsomane oder Epileptiker oder blödsinnig sein." Zustimmend, gleichsam als Zeugen, zitiert er PLUTARCH: "Ebrui gignunt ebrios."

Nach VON KRAFFT-EBING (84) kommt Dipsomanie nur bei "Hereditariern" vor, PILCZ (119) hat "in der ganzen Litteratur nur zwei Fälle gefunden, bei welchen erbliche Belastung sich nicht nachweisen liess." In GAUPPs "Krankheitsfällen bestand meist erbliche Belastung, aber sie war nicht immer nachzuweisen." (47)

1939 erörtert HAUFFE in "Der öffentliche Gesundheitsdienst", wie man möglichst alle Formen und Erscheinungen des Alkoholismus als Indiz für eine psychopathologische Veranlagung, als "Verräter einer schweren psychopathologischen Degeneration, die ausgemerzt werden müsse", das heißt als Indikator zur Sterilisation im Zuge der "Erbgesundheitspflege" des III. Reiches beurteilen kann:

"In Stammbäumen asozialer Familien findet man häufig neben ausgesprochenen Psychotikern, Schwachsinnigen, Kriminellen usw. auch solche Glieder, von denen nichts weiter zu berichten ist, als daß sie getrunken hätten.Bei dieser Handhabung kann der auf Alkoholismus abgestellte Sterilisierungstatbestand eine wissenschaftlich und erfahrungsgemäß durchaus einwandfreie Waffe bieten, die sonst nur schwer zu fassenden asozialen Familien zu erkennen und an der Weiterleitung eines unerwünschten Erbstromes zu hindern." (57)

Zum Abschluß des historischen Überblickes soll an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, daß im Laufe der Psychiatriegeschichte auch die Dipsomanie immer wieder von den Bemühungen, eine einheitliche Klassifikation der Geisteskrankheiten zu schaffen, tangiert wurde. Eingehende Darstellungen der Versuche, verwandtschaftliche Beziehungen und/ oder Kausalzusammenhänge zwischen episodischem Trinkmuster und verschiedenen psychiatrischen Krankheitsgruppen zu untersuchen, finden sich am Ende des 3. Kapitels:

- 3.5. Dipsomanie und Menstruationspsychosen
- 3.6. Zuordnung der Dipsomanie zu den sog. Monomanien
- 3.7. Der Zusammenhang zwischen episodischem Alkoholismus und den Krankheiten des epileptischen Formenkreises
- 3.8. Episodischer Alkoholismus und affektive Psychosen.

2. JELLINEKs Beitrag zur Klassifikation der Alkoholiker, Schaffung des Begriffs Epsilon-Alkoholismus

2.0 Allgemeines, Motive für eine Typologie des Alkoholismus

Als JELLINEK und andere Ende der vierziger Jahre im neugegründeten "Research Council on Problems of Alcohol" an der Yale University sich daranmachten, neue wissenschaftliche Zugänge zur vielfältigen Problematik des Alkoholismus zu gewinnen, fiel sehr bald auf, daß vor allem die herrschende Begriffsunklarheit einem Fortschritt der Erkenntnisse im Wege stand. Unterschiedliche Terminologien, Definitionen und Begriffe machten es schwer, Erkenntnisse verschiedener Autoren, vor allem grenz- und sprachgrenzüberschreitend miteinander zu vergleichen bzw. zu kombinieren. Sprach der erste Beschreiber von chronischen Alkoholikern und Problemtrinkern, führten weitere Autoren Begriffe wie Süchtige, Unmäßige, exzessive Trinker, explosive Trinker etc. ein. In unzähligen Publikationen werden Alkoholiker und andere Trinker gleichwertig nebeneinander aufgeführt, die Grenze zwischen den charakteristischen Alkoholikern und anderen, die als zu Alkoholmißbrauch neigende Personen zu bezeichnen wären, nicht oder höchst unterschiedlich gezogen: Voraussetzungen, die allenfalls kasuistische, keinesfalls aber statistische Vergleiche zuließen. "Definierte Kriterien und relevante Klassifikationen sind deshalb unabdingbar für die Diskussion der Phänomenologie des Alkoholismus und für die Konstruktion entsprechender Hypothesen." (70)

Dabei mangelte es nicht an bereits bestehenden derartigen Einteilungsversuchen. MARCONI (99) berichtete, daß 1941 24 derartige Klassifikationen der "Abnormen Trinker" vorhanden gewesen seien, die als wesentliche Kriterien entweder nach der Quantität der konsumierten alkoholischen Getränke, nach der zeitlichen Verteilung des Konsums, nach den Effekten der Alkoholfuhr oder nach anderen ätiologischen Faktoren physischer, personeller oder kultureller Art ordneten.

Unter JELLINEKs Mitwirkung wurde deshalb von der WHO 1951 eine allgemein formulierte Einteilung der Alkoholismusformen entwickelt, die, aus Gründen, die es im nächsten Abschnitt zu besprechen gilt, einige Modifikationen erfuhr und in JELLINEKs bekannter Alpha-, Beta-, Gamma-, Delta-, Epsilon-Klassifikation im Jahre 1960 in "The Disease Concept of Alcoholism" (73) veröffentlicht wurde.

"In der Tat ist gerade das Vorhandensein so vieler verschiedener Einteilungen einer der Gründe für den Vorschlag des Unterausschusses (der WHO) eine Unterteilung in großen Gruppen vorzunehmen, in die ohne Schwierigkeit die vielen Unterabteilungen der anderen Klassifizierungen hineingepasst werden können. Den meisten Einteilungen wurde eine generelle Zustimmung deshalb versagt, weil sie entweder nur Beschreibungen waren, oder aber Ansichten über die Ätiologie der verschiedenen Typen voraussetzten, die nur von einer Minderheit der Untersucher des Alkoholismus geteilt werden." (161)

2.1 Entwicklung der JELLINEK'schen Alkoholikertypologie und Begriff Epsilon-Alkoholismus

Interessant, vor allem aus dem Aspekt der Beschäftigung mit der Erscheinung des episodischen Alkoholismus, ist es auch, nachzuvollziehen, wie sich JELLINEKs "theoretisch fruchtbares und praktisch brauchbares" (37) Klassifikationsschema und das damit im Zusammenhang stehende der WHO entwickelt hat, waren es doch nicht zuletzt die periodischen Krankheitsformen, die Einordnungsschwierigkeiten bereiteten.

Ursprünglicher Ansatz für JELLINEKs Arbeiten war der Versuch eines Nachweises der entscheidenden Faktoren, in denen sich Alkoholiker von Nicht-Alkoholikern unterscheiden.

In diesem Zusammenhang und in Zusammenarbeit mit der gleichzeitig entstehenden Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker (37) (146) entwickelte JELLINEK das Konzept des "Krankheitswertes" des Alkoholismus. Es war klar, daß dieser Terminus nicht für alle Formen der Alkoholkrankheit Anwendung finden sollte, sondern einzig für die Formen, die den sogenannten "Kontrollverlust" aufweisen. (71) (72) (73) (76)

"Der Kontrollverlust, den JELLINEK als das eigentliche Kriterium und den Beginn des süchtigen Trinkens angesehen hat, ..., bedeutet, daß der Süchtige nach dem ersten Glas, welches er noch in durchaus vernünftiger Absicht zu sich genommen hat, nicht mehr aufhören kann zu trinken, sondern in einer Art Kettenreaktion weitertrinkt, bis eine mehr oder weniger schwere Alkoholvergiftung dem Gelage ein vorläufiges Ende setzt."
JELLINEK will diesen Kontrollverlust deutlich unterschieden haben von dem exzessiven, sogenannten unkontrollierten Trinken.
(85)

Die Diskussion um das Krankheitskonzept des Alkoholismus hat bis heute erhebliche Bedeutung und Brisanz behalten, sie kann z.B. bei (37), (46), (76), (105), (137), (140), (161) nachvollzogen werden. Es bleibt, unabhängig von der Richtigkeit der Annahme eines medizinisch definierbaren Krankheitswertes, unter anderem JELLINEKs Verdienst, das medizinische Versorgungssystem für das Problem der Alkoholkrankheit sensibilisiert zu haben und den Alkoholikern die Chance einer adäquaten multidisziplinären Behandlung ohne moralische Implikationen eröffnet zu haben: "Der größte Vorteil der Definition des Alkoholismus als Krankheit ist ein sozialer." (117)

Es scheint, daß JELLINEKs Streben um die Anerkennung seines Krankheitskonzeptes und dadurch die Eingrenzung von Alkoholismusformen, die unanfechtbar die Bedingungen eines medizinischen Krankheitswertes erfüllen (das sind vor allem sein Gamma-Typus mit der "inability to stop drinking" und die Delta-Form mit der "inability to abstain" (73)), die episodischen Trinker etwas an den Rand des Interesses rückten, im Gegensatz zu den ersten Arbeiten, in denen sich JELLINEK mit der "Dipsomanie" noch ausführlicher befaßt. (15) (16) (70)

Hinzukommt, daß die Arten des chronischen Alkoholismus gegenüber den episodischen rein quantitativ eine wesentlich größere Bedeutung haben und schon deshalb das vorwiegende Augenmerk der klinisch und wissenschaftlich Tätigen in Anspruch nehmen.

Weiterhin zu berücksichtigen ist die wesentlich höhere Prävalenz der typischen Gamma-Form in Nordamerika (22, 23 , 60), und damit auch unter den Mitgliedern der Anonymen Alkoholiker (137), aus deren Mitte JELLINEKs Fragebogen-Stichprobe stammte, die seine ganzen theoretischen Ansätze und Ergebnisse bestimmten.

Ein erster Klassifikationsversuch von BOWMAN und JELLINEK (1942) (16) gründet sich noch auf den bereits genannten Unterschieden in der zeitlichen Verteilung der Alkoholzufuhr: Primäres Unterscheidungskriterium ist "steady"- versus "intermittent"-drinking, sekundäres dann z.B. endogene versus exogene Genese usw.. (Ähnliche Schemata hatten vorher auch MOORE (109), zitiert nach JELLINEK, JOLLIFE (70) und später AMARK (3) vorgeschlagen.)

Ein Jahr vorher haben sich JELLINEK und BOWMAN mit "Alcoholic Mental Disorders" befaßt (15) und sind dabei auch auf das Problem der "Dipsomanie" gestoßen. Sie referieren, was in der Literatur dazu geäußert worden ist und stellen sich die alte Streitfrage, ob es sich dabei um eine "Krankheit sui generis" oder die "sekundäre Manifestation von einigen anderen Krankheiten" handelt. Die Hypothesen zur Genese dieser Krankheit, die sie vorfinden, erscheinen ihnen als "unzureichende Erklärungen": "Dipsomania still remains a challenging problem."

Die Beschäftigung mit dem Bild der Trunksucht, wie es aus unterschiedlichen Ländern und Kulturen berichtet wurde, - zum Teil völlig verschieden vom nordamerikanischen Aspekt - führte dazu, daß immer mehr die Dichotomie zwischen Gammaformen und Deltaformen zur Hauptfrage wurde.

1951 - JELLINEK ist zwischenzeitlich "WHO Consultant on Alcoholism" und bestimmt in dieser Position maßgeblich die Äußerungen dieser internationalen Organisation, d.h. des Unterausschusses für Alkoholismus beim Fachausschuß für Geistige Gesundheit - stimmt er einer Alkoholiker-Typologie zu, die sich von seinem früheren Vorschlag wesentlich unterscheidet:

- " 1. Unregelmäßig übermäßige symptomatische Trinker
2. Gewohnheitsmäßig übermäßige symptomatische Trinker
3. Süchtige Trinker (Alkoholsüchtige)!" Deutsche Übersetzung des Berichts von HABERNOLL (161)

Zur Verdeutlichung dieser Kategorien fügt der Unterausschuß hinzu: "Somit umfassen die beiden letzten Gruppen die eigentlichen Alkoholiker. Die verschiedenen Typen der periodischen Trinker und der periodischen Alkoholiker können ebenso in jede der drei Kategorien eingeordnet werden. (161)

Auch aus dem Bericht eines weiteren Mitglieds des WHO-Unterausschusses, des Schweizer Psychiaters MÜLLER (111), geht, über obige lapidare Feststellung hinaus, nichts Weiteres über eine Einordnung der episodischen Trinker hervor, es sei denn, man schließt aus der modifizierten Übersetzung MÜLLERS auf seine Intentionen, die im Betreff stehende Gruppe zu klassifizieren: Im Unterschied zu der oben zitierten Übertragung (161) bezeichnet MÜLLER die im englischen Original "habitual symptomatic excessive drinkers" genannte erste Gruppe als "Exzessive symptomatische Trinker mit unregelmäßigen Exzessen", eine Wortwahl, die die Zugehörigkeit der episodischen Alkoholiker zu dieser Abteilung nahelegt.

Während es JELLINEK zu diesem Zeitpunkt also für angebracht hielt, den Krankheitsbegriff, um einer erneuten begrifflichen Konfusion zu begegnen, auf die Kontrollverlust zeigenden Gruppen zu beschränken, d.h. vom Kontrollverlust abhängig zu machen, verselbstständigte sich das von ihm vorangebrachte Konzept des Krankheitswertes sehr bald: Die vielfältigen, sozialen und sozialpolitischen, auch therapeutisch nutzbaren Vorteile des Krankheitswertes wurden z.B. von den Anonymen Alkoholikern propagiert (137), da sie den Alkoholikern einen besseren Ausgangspunkt ("a better deal") (134) gaben. Sie erlaubten letztendlich so, den Definitionsrahmen für den Terminus Alkoholismus weiter zu stecken.

JELLINEK "änderte deswegen seine Position beträchtlich" (137) und veröffentlichte 1960 (73) seine bekannte Definition des Alkoholismus als "jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt."

Diese, wie JELLINEK selbst meint, recht vage gehaltene und umfassende Definition zwingt dazu, "einzelne Spezies des Alkoholismus auszusondern" (73), sprich: eine Typologie zu schaffen, denn: "there is no single form of alcoholism, but alcoholisms." (72)

JELLINEK stellt seine bekannten, nach den Anfangsbuchstaben des griechischen Alphabets genannten Alpha-, Beta-, Gamma-, Delta- und Epsilon-Alkoholiker, in seinem Hauptwerk "The Disease Concept of Alcoholism" (73) ausführlich dar. Seine Typologie hat sich zwischenzeitlich "weltweit durchgesetzt. Insbesondere die Dichotomie von Gamma- und Delta-Trinkern hat sich bewährt." (FEUERLEIN (37))

Als "ohne Krankheitswert" werden Alphatrinker, die sich am ehesten "als Konflikttrinker charakterisieren" (37) lassen, und Betatrinker (Gelegenheits- oder Verführungs-trinker", 37) bezeichnet.

Aus der zweiten Gruppe der WHO-Klassifikation werden Delta-trinker, aus Gruppe drei Gammatrinker. Mit Epsilontinker bezeichnet, fügt JELLINEK nunmehr auch die episodischen Formen wieder als eigenständige Gruppe ein.

Möglicherweise wurde er dazu durch eine Arbeit MARCONI's angeregt, die ihm, wie der Autor angibt, vor Veröffentlichung vorlag und in der ein derartiges Vorgehen vorgeschlagen wird: "Wir glauben, daß die Dipsomanie wieder in das allgemeine Konzept des Alkoholismus eingegliedert werden sollte, nachdem es sich um einen pathologischen Konsum von Alkohol mit physischer Abhängigkeit von dieser Substanz handelt; sie behält ihre Individualität als eine der klinischen Formen - die remittierende - dieser Krankheit, wenngleich mit der geringsten Häufigkeit in der allgemeinen Bevölkerung." (99)

Im Gegensatz zu allen anderen Untergliederungen, die ausführlich expliziert werden, begnügt sich JELLINEK aber bei der Integration dieser Gruppe mit der Feststellung:

"Wir möchten sie als Epsilon-Alkoholismus bezeichnen, aber sie soll hier weder beschrieben noch definiert werden, weil es die am wenigsten bekannte Spezies des Alkoholismus ist."

(73)

Auch in einer weiteren Arbeit (74) aus dem gleichen Jahr, in der JELLINEK seine Typologie tabellarisch zusammenfasst, schreibt er unter Epsilon-Alkoholismus nur:

"Das Wissen über diese Art oder möglicherweise über mehrere Arten von echtem periodischen Alkoholismus ist zu gering, um Häufigkeitsabschätzungen und Abgrenzungen zu erlauben."

JELLINEK betont, daß eventuell noch weitere Untergruppen benannt werden müssen. Er denkt zum Beispiel an den Typus des "explosiven Trinkers", wie er ihn aus Finnland kennt. (73) und wie ihn auch andere skandinavische Autoren (2) beschreiben. Möglicherweise, so meint er, gibt es "mehr sonstige Typen des Alkoholismus, als es Buchstaben im griechischen Alphabet gibt." (73)

(Seiner Anregung ist im übrigen zwanzig Jahre später zumindest teilweise ROYCE(132) gefolgt, der den "zeta"-Typus kreiert und mit diesem Begriff gewalttätige, explosive Trinker bezeichnet hat.)

In neuerer Zeit wird auch auf eine andere besondere Gruppe von Trinkern aufmerksam gemacht, die in JELLINEK's Schema nicht vorkommt: Die sogenannten "Instant-Alkoholiker", die "praktisch sofortigen Kontrollverlust schon beim allerersten Alkoholgenuß" zeigen. (53)

2.2 Episodischer Alkoholismus nach JELLINEK

Offensichtlich war MARCONI mit der Bewertung des Epsilon-Alkoholismus durch JELLINEK nicht vollständig zufrieden.

Nach JELLINEKs Tod veröffentlicht er 1967 in einer "Erweiterung von JELLINEKs Hypothese" (100) seine schon 1959 (99) JELLINEK vorgelegte Ansicht, nach der eine "primäre physische Abhängigkeit, manifestiert ohne Minuten oder Stunden vorher Alkohol zugeführt zu haben, die klassische Form des remittierenden Alkoholismus, die Dipsomanie der klassischen Autoren, kennzeichnet" (99) und bemängelt, daß diese Manifestation des Alkoholismus, im Gegensatz zu allen anderen, "nicht als präzises pathogenetisches Konzept aufgeführt, sondern einfach als Epsilon-Alkoholismus angehängt" wird. (101)

MARCONI integriert in seine Vorstellungen sowohl JELLINEKs Typologie als auch die Ansichten der französischen bzw. französischsprachigen Psychiatrie (z.B. 5, 125), die FOUQUET (zit. nach FEUERLEIN (37)) folgend, zwischen "alcooolites (Gewohnheitstrinker), alcoooloses (süchtige Trinker) und somalcoooloses (paroxysmale Trinker)" unterscheidet. (97)

Damit ist gleichsam ein Endpunkt der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Kapitel des episodischen Alkoholismus erreicht. Spätere Werke über Alkoholismus beschränken sich im wesentlichen darauf, JELLINEKs knappe Bemerkung über den Epsilon-Alkoholismus zu zitieren. (37, 88, 113) oder die Natur dieser Form als "obskur" zu bezeichnen. (49) Nicht selten wird die gesamte Problematik sogar überhaupt nicht mehr ausdrücklich erwähnt (60, 138, 151), es sei denn in wissenschaftlichen Untersuchungen, bei denen Ähnlichkeiten im psychopathologischen Bereich oder klassische Verwandtschaftsbeziehungen eine parallele Betrachtung verlangen.

Vielfältige, neuartige Taxonometrien sind in neuerer Zeit vor allem in den USA entwickelt worden (23, 26, 166) Dabei ist jedoch die Frage einer Gliederung nach klinischen Bildern und somit eine getrennte Behandlung der episodischen Formen nicht mehr entscheidend.

Vermutlich bedingt durch das Überwiegen der Gammaform des Alkoholismus (137), d.h. insgesamt durch die Uniformität des Bildes der Suchtkrankheiten in den USA (zumindest in der dominierenden weißen Bevölkerung) wurden neue Wege der Kategorisierung gesucht. (23) (26)

Dem Wandel des professionellen-therapeutischen Zugangs entsprechend, überwiegt nicht länger allein eine medizinisch-psychiatrische Terminologie, vielmehr hat sich eine psychologisch-soziometrische Betrachtungsweise des süchtigen Verhaltens durchgesetzt. Motive des Trinkens werden untersucht (22), Faktoren, die "die Notwendigkeit zu trinken induzieren oder vermindern" (163) oder Verhaltensmuster, die es zu modifizieren gilt, (23) sogenannte drinking patterns, wie Verfügbarkeit des Alkohols, sozialer Druck, Stress-Trinken, psychosoziale Bezüge etc. (26), die Korrelation zu "trouble scores" (114) oder die Menge der konsumierten Alkoholika (122).

Nicht zuletzt gibt es die Meinung, daß Typologien per se sinnlos seien, da einzig und allein die soziokulturelle Umwelt, d.h. vor allem die vorherrschenden Trinksitten und Einstellungen zum Alkohol das klinische Bild derart bestimmen, daß ein Trinker, der in einer alkoholpermissiven Umgebung (wie zum Beispiel in Frankreich) als chronischer Alkoholiker (Delta-Typ) bezeichnet werden würde, in restriktiveren Kulturen auf Druck der Umwelt die Farbe des Gamma-Typs annehmen würde. "Wenn der Druck so stark wird, daß er nur gelegentlich trinken kann, würde er als Epsilon-Alkoholiker bezeichnet werden." EDWARDS (32)

Natürlich ist dagegen einzuwenden, daß die gebotene Symptomatik auch immer von Umwelteinflüssen bestimmt wird, genauso gut aber auch von intrapersonellen, psychologisch nachvollziehbaren Momenten, so daß EDWARDS' Ansicht doch etwas einseitig sein dürfte.

Auf das Phänomen des Übergangs zwischen verschiedenen Formen des Alkoholismus, auf das an gesonderter Stelle (5.3.2) noch einzugehen sein wird, zielen die Angaben der amerikanischen "Alkoholdiagnosekriterien" des "Criteria Committee" (29) hin: "Intermittierendes Trinken kann eine Phase im Verlauf des Alkoholismus ausmachen." KELLER (77) vertritt die Meinung, daß "Alkoholiker in so vielerlei Hinsicht unterschiedlich voneinander seien, daß dies schon wieder keinen Unterschied mache." Auch die "International Classification of Diseases" (ICD) ist, was Epsilon-Alkoholismus anbelangt, nicht sehr hilfreich. Nach der 8. Revision der ICD (162) war der Punkt 303 Alkoholismus in

303.0 Episodischer Alkoholmißbrauch

303.1 Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch

303.2 Chronischer Alkoholmißbrauch (Trunksucht)

303.9 Andere Formen des Alkoholismus

untergliedert (wobei kurioserweise unter 303.2 als dazugehöriger Begriff "Dipsomania" auftaucht). Die 9. Revision der ICD (163) strich alle Untergliederungen, so daß einzig 303. Alkoholabhängigkeit für alle Formen als zutreffend bezeichnet wird.

Auch wenn JELLINEKs Typologie zwischenzeitlich von vielen Seiten (interessanterweise vorwiegend aus den USA) Kritik erfahren hat (z.B. 137) oder als lediglich "interessante descriptive Kategorisierung, aber nicht als praktikable Typologie" (138) bezeichnet worden ist, ist sie in den Augen der meisten Benutzer doch "die brauchbarste und diejenige, die der Wirklichkeit am nächsten kommt. Sie ist auch die am häufigsten verwendete und am besten begründete Einteilung." (152)

JELLINEKs Einteilung als Maßstab benützend und damit die ältere psychiatrische Literatur durchmusternd, wird die Bedeutung einer genauen Klassifikation deutlich. JELLINEKs Typologie hat sich als "theoretisch fruchtbar und praktisch brauchbar erwiesen" (37).

3. Das klinische Bild des episodischen Alkoholismus

3.0 Allgemeines

Bevor eine klinische Untersuchung eines speziellen Krankheitsbildes erfolgen kann, ist es notwendig, zu beschreiben, wovon eigentlich die Rede ist. Es bietet sich an, die vorhandene -vor allem ältere- psychiatrische Literatur, die sich zu dieser Problematik noch am ehesten äußert, zu sichten und zusammenzustellen, welche Aussagen zu den betreffenden Aspekten bisher gemacht worden sind und somit das klinische Bild dieser Erscheinung zu skizzieren.

Dabei ist zu bedenken, daß das komplexe Bild einer Suchtkrankheit, wie sie sich auch hier darstellt, in einzelne Phänomene zu untergliedern, bedeutet, Kunstprodukte zu schaffen. Seelisches Leben und Erleben läßt sich nur schwer nach Teilfunktionen und psychischen Instanzen strukturieren.

Zur begrifflichen Präzisierung und zum nachvollziehenden Erkennen des Gesamtaspektes einer Persönlichkeit ist es gleichwohl erforderlich, in gewisse psychische Qualitäten zu unterteilen, ohne die personelle Einheit und deren Interaktion mit der Umwelt aus den Augen zu verlieren.

Demzufolge muß das Verhalten des episodischen Trinkers genauer erfaßt werden. Versucht wird, die Prodromalerscheinungen darzustellen, das Verhalten in der eigentlichen Trinkphase, deren Dauer und erstes Auftreten sowie die Lösung des Anfalls. Zu den Zwischenphasen zwischen den Trinkanfällen sind interessante Anmerkungen zu machen. Neben Ausführungen zur Prognose und zur Häufigkeit sind Bemerkungen zur Verteilung zwischen Männern und Frauen vonnöten.

Letztendlich muß die mutmaßliche "Verwandtschaftsbeziehung" zu anderen psychiatrischen Problemen (Affektive Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises, Epilepsie, Monomanien, Menstruationspsychosen) untersucht werden.

3.1. Verteilung des Alkoholkonsums als Klassifikations- kriterium

Das wesentliche Kriterium, in dem sich episodische Formen des Alkoholismus von anderen unterscheidet, ist die charakteristische Verteilung, die Frequenz der Alkoholzufuhr.

Prinzipiell lassen sich zwei unterschiedliche Arten chronischen Alkoholabusus vorstellen:

Kontinuierliche und diskontinuierliche.

Handelt es sich bei ersteren um die Formen chronischer Alkoholkrankheit, sind letztere weiter zu differenzieren in unregelmäßig-gelegentliche und regelmäßig-periodische Formen (16) (28).

Abgesehen von hauptsächlich exogen bedingten symptomatischen Formen (siehe 3.2) sind nach MARCONI (99) bei den diskontinuierlichen Formen der Alkoholkrankheit remittierende und intermittierende Distributionstypen zu sehen:

"Im Falle von Alkoholikern hat der Ausdruck 'remittierend' eine zusätzliche Bedeutung: Da es sich um pathologischen Konsum handelt, impliziert die Remission das vorübergehende Verschwinden der Pathologie und infolgedessen auch der Symptomatik, die die körperliche Alkoholabhängigkeit erklärt. Der Begriff remittierend wird benutzt, um Trinken an einzelnen Anlässen oder während Perioden von mehreren Tagen zu beschreiben, mit großen Zeitintervallen (Monaten oder Jahren) zwischen den Gelegenheiten oder Tagesserien.

Die intermittierende Frequenz ist gekennzeichnet durch Trinken an einzelnen Anlässen oder während einiger Tage mit kurzen Zeitintervallen (Tagen oder Wochen) zwischen diesen."

Die Dipsomanie "der klassischen Autoren" ordnet er der remittierenden Form zu, intermittierende Trinker entsprechen in etwa JELLINEKs Gamma-Alkoholikern, chronische Trinker dem Delta-Typus.

Einen vergleichbaren Standpunkt, wenn auch auf begrifflich anderer Ebene, vertritt MENNINGER-LERCHENTHAL (104) in seiner umfassenden Monographie "Periodizität in der Psychopathologie". Er definiert Rhythmik als ununterbrochenes Geschehen, Periodizität als unterbrochenes, etwa in dem Sinne, daß es notwendig ist, bei sinusoiden Schwankungen zwischen unterschiedlichen Ausprägungen im Zuge eines durchgehenden, zugrundeliegenden Krankheits- oder Lebensprozesses von Rhythmik zu sprechen, während Periodizität eher als wiederholtes Auftreten, als von Zeit zu Zeit erfolgender, rezidivierender Neubefall an immer der gleichen Krankheit zu sehen ist.

Die Frage, ob Epsilon-Alkoholismus ein durchgehendes Krankheitsgeschehen mit Wechsel zwischen klinisch stummen und symptomatischen Phasen ist oder ob die beobachteten Trinkphasen als jeweils eigenständige Krankheitseinheiten anzusehen sind und in den dazwischenliegenden Zeiträumen der Patient als gesund erachtet werden kann, ist eine der zentralen Fragestellungen der älteren Psychiatrie, die sich mit dieser Thematik befaßt hat.

Leider ist auch in dieser Frage kein einheitlicher Sprachgebrauch üblich. Von manchen Autoren wird der Begriff intermittierend zur Kennzeichnung episodischer Prozesse benützt (16) (29) (32) (45) (106), andere Autoren (z.B. KNIGGE 80) erachten derartige Differenzierungen als nicht notwendig.

Die Definition des episodischen Alkoholismus, die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegt, ist deshalb eine mehr operationale:

Wo das klinische Bild des Alkoholismus durch rezidivierendes, phasenhaftes Auftreten von Trinkexzessen mit klar abgrenzbaren Zwischenräumen geringeren Konsums oder Abstinenz (siehe 3.3) alteriert, wird von episodischem Alkoholismus gesprochen.

Bereits im historischen Teil wurde erwähnt, daß schon frühzeitig aus dem Spektrum der unterschiedlichen Manifestationen der Alkoholkrankheit die periodisch-phasenhafte Species wegen ihres auffallenden zeitlichen Verteilungsmusters herausgegliedert wurde.

Obwohl, wie HORN und WANBERG (62) meinen, die Form einer Krankheit "nicht mit der Schwere korreliert" sein dürfte und deswegen keinerlei Hinweise auf ätiologische oder prognostische Faktoren erlaubt, kann man doch nicht umhin, diesen Faktor als so gewichtig zu bewerten, daß man eine eigene Krankheitbezeichnung (Dipsomanie) bzw. eine eigene Untergruppe (Epsilon-Alkoholismus) schafft, selbst wenn man wie JELLINEK (74) nicht sicher ist, ob man bei den "verschiedenartigen Formen des periodischen Alkoholismus Symptome verschiedener zugrundeliegender Krankheiten oder eigene Krankheiten" vor sich hat, um wenigstens über dieses fassbare Merkmal eine differential-diagnostische Annäherung an diesen, wie ROYCE (132) 1981 schreibt, "most puzzling type, about which little is known, a feeling that Jellinek shares", vollziehen zu können.

3.2. Die Trinkphase des episodischen Alkoholikers

3.2.0 Allgemeines

Wie sieht nun das Bild des episodischen Alkoholismus, jenes anfallsweise, impulsive Auftreten des "unwiderstehlichen Triebes" nach Alkohol genau aus?

Beschrieben wird der "gebieterische, durch keine Willensanstrengung zu überwältigende Drang" (119), der den Betroffenen "streng episodisch" überkommt und ihn so sehr beherrscht, daß man glauben könnte, "zwei ganz verschiedene Persönlichkeiten" (119) vor sich zu haben, eine intervallär "abstinente oder mäßig lebende, geistig mehr oder weniger gesunde" (47) und eine gänzlich andere, rücksichtslose, gewalttätige, dem Alkohol verfallene, ohne jegliche Selbstkontrolle dahinvegetierende Natur.

Wie läßt sich nun das klassische Bild des paroxysmalen Alkoholismus von den etwa bei Manien oder Paralyse (47) vorkommenden, symptomatischen, plötzlichen Trinkexzessen abgrenzen?

Beginnen wir mit den charakteristischen Merkmalen des Trinkanfalles.

3.2.1 Prodromalerscheinungen

Einige Tage vor dem Beginn jedes Anfalls stellen sich "wohlcharakterisierte Prodromi" ein (119). Diese sind "Ohne erkennbare Veranlassung, aus innerer Unruhe, nicht verstehbar", am ehesten der "Aura" bei epileptischen Anfallskrankheiten entsprechend, meint GAUPP (47), der auch sonst zu diesem Krankheitsgebiet eine besondere Beziehung annimmt, (worüber noch zu reden sein wird). MALKA et al. (97) betonen den unvorhersehbaren, brüsken Beginn. JELLINEK (15), dem "das Wesen dieser Krankheit nicht bekannt" ist, postuliert dafür einen "special factor", den wir noch nicht kennen und der diesem Geschehen zugrundeliegt."

Zwar könne auch "eine Reizsummation bei kontinuierlich anhaltendem Streß mit Tendenz zur plötzlichen Entladung" (KRYSPIN-EXNER (86)) zur Erklärung herangezogen werden, jedoch ist auch damit keine verstehbare Relation zwischen Ursache und ausgelöster Wirkung gegeben. Am häufigsten wird eine tiefe Depression, eine "gemütliche Verstimmung" (47) beobachtet, die mit entweder "photographischer Treue", also streng uniform oder mit "unerschöpflicher Vielfalt des decursus morbi" (47) den Vorboten des drohenden Anfalls bildet. "Die Ehefrau", schreibt ROYCE (132) "kennt meist die Vorzeichen (telltale signs), die das Herannahen einer Sauf tour signalisieren":

Ängstlichkeit, Verstimmung und Reizbarkeit, psychomotorische Unruhe, Lebensüberdrüssigkeit, ein Gefühl der eigenen Unfähigkeit und Unzulänglichkeit, quälende Schlaflosigkeit, Neuralgien, Anorexie, allgemeine Hinfälligkeit, trockene Haut und trockene Zunge, langsamer Puls, Mißempfindungen an Herz und Kreislaufsystem, querulierendes, streitsüchtiges Verhalten mit Wutausbrüchen sind die Bezeichnungen, die von den zitierten Beschreibern als charakteristische Merkmale angesehen werden, aber auch nur angedeutet vorhanden sein können und erst im Zuge der Trinkphase deutlicher werden.

(Nicht selten sind diese der depressiven Verstimmung so ähnlichen Symptome Ursache dafür gewesen, daß zwischen beiden Krankheiten enge Korrelationen gesucht worden sind. Siehe dazu: 3.8 Episodischer Alkoholismus und affektive Psychosen.)

3.2.2 Die Trinkphase

Werden die Spannung, die Angst, die innere Unruhe immer größer, kommt "raptusartig" der Moment, in dem die "schon in gesunden Tagen gemachte Erfahrung, dass ein Glas Bier oder Wein beruhigt und behagliche Stimmung schafft" (47), sich durchsetzt und zum Trinken zwingt. Man erlebt den Moment des "Kontrollverlustes". Der Kranke kann nicht widerstehen, anzufangen zu trinken, und er kann, hat er begonnen, aus freiem Willen nicht mehr aufhören.

Mehr als eine vorübergehende Abnahme der Angst wird jedoch nicht erreicht, "die gehoffte Erlösung von der qualvollen inneren Spannung bleibt aus" (47): Neue Alkoholzufuhr ist notwendig.

Die Form des Trinkens, "alleine, ungesellig" (75), das bruske Einsetzen, das Ausbleiben einer "lustvollen Entspannung" (119), zeigt den unbewußten Zweck des Trinkens: Der zwanghaften, unlustbetonten Verstimmung Herr werden zu wollen, bis zur Selbstbetäubung, zur Bewußtlosigkeit weitertrinken zu müssen. Die Selbstkontrolle schwindet immer mehr, das Verlangen nach weiteren Alkoholika wird übermächtig und unterdrückt alle anderen Vorstellungen. Die Betroffenen sind meist "absolut schlaflos", "ohne jegliche Nahrungsaufnahme", gelegentlich jedoch auch mit begleitendem Heißhunger (119). Der Alkohol beruhigt nicht, die innere Unruhe wächst. Der Kranke ist nicht mehr zugänglich. Alle Erfahrungen aus früheren Anfällen sind vergessen, die Ermahnungen anderer prallen wirkungslos ab" (47).

Skrupellos wird alles, was vorhanden ist, in Alkohol umgesetzt, alles Geld bedenkenlos ausgegeben. Der psychische Niedergang geht soweit, daß vor rücksichtslosen oder gewalttätigen Handlungen nicht zurückgeschreckt wird; veranlasst zu "Diebstahl, Erpressung und jeder anderen verbrecherischen

That, anständige Frauen prostituieren sich skrupellos" (47).

Alle prophylaktischen Maßnahmen, schreibt PILCZ (119), sind wirkungslos, sind aber nicht selten schon so angelegt, daß sie überwunden werden können.

Ungeheure Mengen der verschiedensten Alkoholika werden getrunken, konsumiert wird alles, was erreichbar ist, eine Bevorzugung bestimmter Getränke ist nicht zu sehen.

Ist anderes nicht zu beschaffen, wird "denaturierter Spiritus, Petroleum, sogar Essig" (119) oder "Eau de Cologne" (97) getrunken.

Zitate von GAUPP und PILCZ mögen diesen Zustand illustrieren:
"Ein Kranker von SKAE trank im Anfall literweise Eau de Cologne, ein von ESQUIROL geschilderter Patient brachte es an einem Tag auf 171 Glas Branntwein, WITHs Kranker will in 2 Tagen 15 Flaschen Wein zu sich genommen haben." (47)

"Es sind ferner Fälle bekannt, in welchen die Kranken mit den ekelhaftesten Dingen die Getränke versetzten und gleichwohl dem unbezwinglichen Triebe nicht widerstehen konnten, die Getränke zu sich zu nehmen." (119)

Trotz großer Alkoholquantitäten kommt es jedoch oft nicht zu einem eigentlichen Rauschzustand (75), dem typischen Anzeichen einer akuten Alkoholintoxikation. Der Kranke wird "nicht eigentlich betrunken und macht namentlich nach außen hin" nicht diesen Eindruck. (47).

Was dagegen imponiert, ist eine in verschiedenen Abstufungen sichtbare Bewußtseinstörung. Echte Dämmerzustände, verworrene Handlungen (119), erschwerte Auffassung und verlangsamter Gedankengang bei erleichterten Bewegungsantrieben (47), wie sie beobachtet werden können, könnten natürlich auch durch die immensen Alkoholmengen, die sich die Betreffenden zugeführt haben, erklärt werden, sind jedoch für den charakteristischen Zustand in der Trinkphase typisch. Betont wird auch,

daß im Unterschied zum Verhalten aller sonstigen süchtigen Trinker die episodischen Alkoholiker eher heimliches, ungeselliges Trinken bevorzugen, sich sogar einschließen und am liebsten für sich alleine trinken. Auch das Renommieren und Freihalten anderer, das "den Trinkexzess des Manischen begleitet", soll fehlen. GAUPP (47) äußert dazu, daß dies jedoch nicht so regelmäßig vorzukommen pflegt, daß es als pathognomonisches Zeichen, gleichsam zur Differentialdiagnose, genutzt werden könnte.

Die Ansicht von PESERICO (118), daß die Dipsomanie im wesentlichen auf "gesteigertem Durstempfinden" beruht, scheint das Wesen dieser Erkrankung nicht gänzlich zu erfassen. Wenn PÖTZL und HOFF (zitiert nach SOLMS (139)) in Weiterung dazu eine "Labilität des dienzephalen Regulierungsapparates" annehmen, wird auf die unbewußte Psychodynamik, den tieferen Zweck des Trinkens, nicht eingegangen.

3.2.3 Dauer der Trinkphase, erstes Auftreten

Die Angaben, die zur Länge der Trinktouren gemacht werden, sind recht uneinheitlich.

Zumeist werden Fälle mit Perioden von 3 - 4 Tagen, 4 - 12 Tagen (47), 8 - 12 bzw. 14 Tagen (84), 3 - 21 Tagen (19), 11 - 12 Tagen (119) berichtet.

Extremfälle zeigen eine Rhythmik, die Trinkphasen von "wenigen Stunden, Tagen, Wochen, Monaten" (47, 97) aufweist. GUISLAIN (54) schildert zwei Patienten, davon einen, "welcher alle Jahre oder manchmal alle zwei Jahre gewaltsam seine Studien unterbrach, um sich einem unbedachtsamen Genuß von Getränken hinzugeben. Er befand sich dann fast drei Monate lang in einem Zustande steter Trunkenheit... Ein anderer Fall betraf ein Mädchen. Das Bedürfnis, das unersättliche Bedürfnis, Wein und Bier zu trinken, offenbarte sich bei ihr in drei- bis vierjährigen Perioden."

Insgesamt sind die Perioden meist verschieden lang, nur gelegentlich weisen sie strenge Periodizität auf", meint GAUPP (47), der außerdem eine Zunahme der Dauer der einzelnen Anfälle beschreibt. SOLMS (139) dagegen berichtet von gleichmäßig langen Phasen, die die Bezeichnung "Quartalssäufer" rechtfertigen und zitiert GRUHLE, der ein Kürzerwerden der Intervalle und ihr Verwischen betont.

Erstmaliges Auftreten der charakteristischen Formen wird zumeist im "3. oder 4. Lebensjahrzehnt" beobachtet, gelegentlich auch in höherem Alter. Bereits betroffene Kinder und Jugendliche sind beschrieben worden. (47, 119). Besondere Prädilektionszeiten werden für das Auftreten bei Frauen genannt, darauf wird in diesem Zusammenhang eingegangen.

3.2.4 Die kritische Lösung

Hat der Zustand der permanenten Intoxikation lange genug angehalten, hat der episodische Trinker einen derart massiven Zustand der alkohologenen körperlichen und psychischen Schädigung erfahren, daß sich sein Verhalten quasi von selbst ein Ende setzt (oder von äußeren Umständen, z.B. zwangsweiser Detoxikationsbehandlung beendet wird.) (113)

Die "kritische Lösung" erfolgt meist durch das Hineingleiten in einen "stuporösen Zustand" (132), der neben rein körperlichen Komponenten sich vor allem in einer Störung der höheren psychischen Funktionen manifestiert.

Oft stellt sich "nach deliranten Verworrenheitszuständen ein 1 - 2 tägiger tiefer komatöser Schlaf ein, wonach die Kranken mit allen Symptomen eines geistigen und körperlichen Katzenjammers überraschend schnell in ihren habituellen Geisteszustand übergehen." (119)

Die eher somatischen Symptome, die für einige Tage das Bild bestimmen, sind zumeist Folgen der überstandenen Alkoholintoxikation, das heißt sie sind zum einen gastrointestinaler Art: Magen-Darm-Störungen mit Erbrechen und Diarrhoe; zum anderen neurologisch-vegetativer Natur: Tremor, Fieber, Kreislauf- und Schlafstörungen.

Im psychischen Sektor dominieren Gedächtnisstörungen und Denkunfähigkeit, Sprachdefekte, Sinnestäuschungen, Amnesien und vor allen eine reaktive depressive Verstimmung, sobald das erneute Unterliegen dem Alkohol gegenüber bzw. die Folgen des Alkoholexzesses bewußt werden. (19,119)

Zumeist äußern die Kranken nach den Anfall eine heftige Abneigung gegen alle alkoholischen Getränke", kehren "jedoch ganz verblüffend rasch in eine normale Stimmung zurück." (47)

Die beschriebenen Phänomene ähneln dem typischen alkoholinduzierten Delirium tremens so sehr, daß die von STEPLINGER (142) noch 1972 vertretene Ansicht, daß bei "der Dipsomanie kein Delir" vorkommt, überrascht. Wohl ist diese Frage - mit dem Hintergedanken einer eventuellen differentialdiagnostischen Bedeutung hinsichtlich der Abgrenzung gegen Formen des chronischen Alkoholismus - zu Zeiten diskutiert worden (119), als noch keine endgültige Klarheit über das Wesen des Alkoholdelirs erreicht war, bereits um die Jahrhundertwende aber eindeutig als nicht zutreffend betrachtet worden, wie GAUPP (47) schreibt. Er macht das Auftreten des Delirs im wesentlichen davon abhängig, ob zwischen den Trinkanfällen in der luciden Phase Abstinenz eingehalten wird oder ob die episodischen Alkoholexzesse gleichsam nur "die Spitze des Eisbergs", paroxysmale Entgleisungen im Zuge einer chronischen Alkoholintoxikation sind.

3.3 Die "lucide Phase"

Zwischen den Trinkphasen liegen jeweils längere oder kürzere Zwischenphasen.

Wie bei den Angaben zur Länge der Trinktouren sind auch hier die Berichte stark diskrepant, es gibt "sowohl reguläre wie in der Länge variierende" (ROYCE, 132) Interphasen:

Dreiwöchige, vierwöchige, mehrmonatliche Episoden erscheinen bei den Fällen von PILCZ (119), die längeren davon mit der Tendenz zur Verkürzung. Vierteljährige oder halbjährige Rhythmen beobachtet KRAFFT-EBING (84). Wie schon zitiert, schreibt GUISLAIN (54) von jährlich, manchmal sogar zweijährlich aufflammenden Trinkexzessen.

In den Zwischenphasen erscheinen viele der Epsilon-Trinker "geistig relativ gesund", andere wiederum zeigen auch "intervallär allerlei Abweichungen von der Norm" (119). Sieht man von den Alkoholfolgeschäden (z.B. alkoholischer Eifersuchtswahn etc.) ab, die natürlich nicht vernachlässigt werden dürfen, bleibt eine von "Reizbarkeit, Schüchternheit, Mattigkeit" gezeichnete Person (19), reaktiv depressiv gestimmt, mit Widerwillen, ja Ekel vor Alkohol, oft von bitteren Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen geknickt, kompensatorisch eher überfleißig, besonders genau, pünktlich und zuverlässig. (47)(97)(119)

Offensichtlich halten aber nicht alle Betroffenen in den Zwischenzeiten absolute Alkoholabstinenz ein, (13, 47, 75, 86, 119, 139) oft ist auch mäßiger, normal scheinender Konsum zu konstatieren.

Im Unterschied zu den chronischen Alkoholikern aber zeigen die periodischen in den nüchternen Phasen keine "Begierde (craving)" nach Alkohol oder haben keine Schwierigkeit, die Nüchternheit zu bewahren, so daß sie sogar ohne Probleme Alkoholika zu Hause haben können (ROYCE, 132).

JACKSON (66) betont, daß sie, ebenfalls im Gegensatz zu den chronischen Trinkern, in diesen Zeiten in einer "emotional relativ angenehmen" Verfassung sind.

Insgesamt aber sind, folgt man einer Zusammenfassung der strukturellen Persönlichkeitsmerkmale der Quartalstrinker, wie sie GLATT 1974 (49) formuliert, auch intervallär Auffälligkeiten zu finden:

Spannung und Angst, labiles emotionales "make-up", Stimmungsschwankungen, narzistische, schizoide Tendenzen, Fluchten in die Phantasie, autosuggestibel, hypochondrische Anwandlungen, Unsicherheit, Selbstverachtung, Schuldgefühle, Alternieren zwischen Geselligkeit und sozialer Isolation, rapide Fluktuation der Gefühle, die eine überstarke Sensitivierung gegen äußere Einflüsse anzeigt, biegsames, geschmeidiges Gemüt, Verabscheuen der "Starrheit" des Lebens.

3.4 Ausgang und Prognose

Was schon mehrfach in dieser Abhandlung gesagt werden mußte, gilt auch für diesen Abschnitt: Eine Analyse der einschlägigen Literatur ergibt in Hinsicht auf die Prognose des Epsilon-Typus völlig konträre Beurteilungen.

Einesteils wird von Verläufen mit "relativem Erhaltenbleiben der Intelligenz trotz vieljährigem Bestehen", von Spontanheilungen und von Fällen, "bei welchen die einzelnen Attaquen im späteren Alter immer seltener" werden, berichtet. (47) Auch RACHOWSKI (123) sieht Regressionen. Als ausdrücklich günstig (bzw. besser in Relation zum chronischen Alkoholismus) bezeichnen die Prognose KRAEPELIN (83) und MILLER (106). Letzterer stützt sein Urteil auf eine Erhebung, bei der er bei chronischen Alkoholikern in 25,3% Rückfälle gefunden hat, bei periodischen Trinkern dagegen nur in 11,8% der Fälle.

Andererseits wird "die Prognose quoad Dauerheilung" als "nahezu hoffnungslos" angesehen. (104) Die Meinung, daß immer mehr ein "ethischer und moralischer Schwächezustand" (119) erreicht wird, kann natürlich auch darauf beruhen, daß "die Handlungen während des Anfalls von dem Verhalten außerhalb der Anfälle nicht streng geschieden werden". (47)

GAUPP hebt besonders auf die "Summation der Exzessschäden" ab (im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch "organic damage" genannt [ROYCE, 132]) und macht die Prognose vom Erlangen bzw. Erhalten einer Alkoholabstinenz abhängig.

Natürlich sind es gerade diese beiden Parameter, die totale Alkoholabstinenz, weil sie so schwer zu erlangen ist, und die "in Längsschnittuntersuchungen deutlich werdenden organischen Ausfallerscheinungen" (KRYSPIN-EXNER, 86), die den Beurteilern die Annahme einer "sehr geringen Heilungsaussicht" (WLASSAK, 164) nahelegen.

3.5 Dipsomanie und "Menstruationspsychosen"

Ausgehend von der Beobachtung der periodischen Wiederkehr der Trinkanfälle in Verbindung mit den ebenfalls periodischen Veränderungen anatomischer, funktioneller und psychischer Art im Rahmen der hormonellen Regulation der weiblichen Geschlechtsvorgänge vermuteten verschiedene Autoren einen engen kausalen Zusammenhang zwischen den beiden Phänomenen (vielleicht auch noch in Erinnerung an den von den alten Ärzten vermuteten Zusammenhang zwischen Uterus - griechisch hystera - und der sogenannten Hysterie).

Vor allem VON KRAFFT-EBING (84) war es, der eine "Dipsomania menstrualis periodica" im Zuge einer klinisch-forensischen Studie über Menstruationspsychosen beschrieben hat und durch zwei Falldarstellungen belegt, in denen z.B. "jeweils zwei Tage vor den Menses" oder streng an diese gebunden Trunksuchtsanfälle aufgetreten sind.

Auch ESQUIROL (33) glaubt, daß Störungen der Menstruation und Beschwerden des Klimakteriums das Vorkommen echter periodischer Trunksucht verursachen können.

Auch in der modernen französischen Literatur (97, 1983) wird von "sexuellen Problemen" der dipsomanen Frauen, von "zwanghafter Sexualität" gesprochen.

Insgesamt kommen "echte, insbesondere tiefer greifende, ausschließlich an die Menstruationsphase gebundene, psychotische Störungen" verhältnismäßig selten zur Beobachtung, wie VENCOSKY (149) - VON KRAFFT-EBINGs früher geäußerten Vermutungen widersprechend - schreibt, "im Gegensatz zu den vielfältigen, banal-nervösen Beschwerden menstruierender Frauen."

Auch M. BLEULER (13) schließt sich dieser Auffassung an, indem er schreibt, daß "Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett, Menstruation, Klimakterium früher als selbstständige Krankheitsursachen galten", während man heute davon ausgeht, daß diese Phasen "höchstens Dispositionen für einzelne psychische Störungen (besonders Verstimmungen) setzen, die auch sonst vorkommen. Diese Dispositionen sind zum Teil psychologisch, zum

Teil endokrin bedingt." Auch BUMKE (21) hat mehrfach beobachtet, wie Zwangszustände, impulsive Handlungen und hysterische Anfälle aller Art vor oder während der Periode exacerbieren oder sich überhaupt nur in diesen Tagen zeigen.

Daß, von den hormonellen Veränderungen verursacht, tatsächlich erhebliche psychische Schwankungen im Ablauf eines Menstruationscyclus ausgelöst werden können, etwa im Sinne stimulierender Einflüsse auf die vegetativen Zentren, wird mehr oder weniger an fast jeder Frau beobachtet werden können. Erkenntnisse der Psychoneuroendokrinologie (z.B. HATOTANI (55, 56), LEVINE (92)) bestätigen die von den Gynäkologen "Praemenstruelles Syndrom" genannten, hormonell bedingten, Symptomkomplexe:

"Allgemein gilt die Östrogenphase als die günstigere in Bezug auf das allgemeine Wohlbefinden. Der Hormonentzug vor der Menstruation hat nicht selten eine depressive Stimmungslage, Reizbarkeit, psychomotorische Hemmung, Antriebschwäche sowie ein Leistungsminimum zur Folge." (KEPP/STAEMMLER (78)).

Die psychologischen Bedingungen, von denen M.BLEULER (13) spricht, können vielfältigster Art sein. Sicher ist, daß die monatlichen Menstruationsbeschwerden erhebliche psychische und physische Belastungen für eine Frau darstellen, daß die erwähnten Ereignisse wie Pubertät, Schwangerschaft oder Klimakterium zentrale Bedeutung im Leben der Frau haben, bzw. auch in lebensgeschichtlich entscheidende Durchgangsphasen fallen, in denen Spannungen und Disharmonien nicht selten sind.

"Das Klimakterium und die ersten postmenopausalen Jahre werden vielfach von vegetativen Störungen begleitet, die echtes körperliches Unbehagen, aber auch eine starke Labilität in psychischer Hinsicht hervorrufen. Die Beschwerden des Klimakteriums und der Postmenopause betreffen wohl alle Frauen, sie antworten aber individuell verschieden darauf.

Für die Behandlung klimakterischer Beschwerden gilt ähnliches wie für die Beschwerden der Pubertät: ... Die Patientin tritt in einen neuen Lebensabschnitt ein, der zum Lauf des Lebens gehört." (KERN (79))

Die Forschung über spezielle Aspekte der Genese des Alkoholismus bei Frauen betont hierzu immer wieder die besondere Bedeutung solcher biographisch einschneidender Situationen: Das Aufgeben der eigenen Berufstätigkeit und das Zurückgeworfenwerden auf Haushalt und Kindererziehung nach der ersten Schwangerschaft etwa, oder das sogenannte "empty-nest-Syndrom" (30), das Frauen etwa zur Zeit des Klimakteriums befällt, wenn zum Beispiel nach dem Tod des Ehemannes, wegen außerehelichen Beziehungen und Scheidung oder wegen Erwachsenwerden und Auszug der Kinder wesentliche Lebensaufgaben, die das bisherige Leben ausgefüllt haben, wegfallen und dazu das angsteinflößende Gefühl des Altwerdens kommt; derartige Situationen sind es, die mit starken emotionellen Belastungen verbunden sind und nicht selten als auslösende Faktoren für anfängliches Erleichterungstrinken, aus dem bald zwanghafter Konsum wird, gefunden werden.

Da derartige Belastungssituationen - zwar in unterschiedlichen Ausmaßen - aber doch bei sehr vielen Frauen gefunden werden können, obgleich nicht alle eine Alkoholkrankheit entwickeln, ist es wohl eher richtig, dem individuellen Umgang mit diesen Situationen oder der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur eine Disposition zur Alkoholabhängigkeit zu unterstellen, die eher unspezifischer Provokationsfaktoren zur Manifestation bedürfen: "Bei Frauen spielen die Geschlechtsvorgänge eine gewisse Rolle für die Auslösungen der einzelnen Anfälle; doch liegt zur Aufstellung besonderer Formen keine Veranlassung vor." (GAUPP(47))

3.6 Zuordnung der Dipsomanie zu den sogenannten "Monomanien"

Der Begriff der Monomanie spielte in der Psychiatrie des vergangenen Jahrhunderts eine herausragende Rolle. Viele Autoren (z.B. ESQUIROL (33), HUSS (64), HUFELAND (63)) versuchten, die episodische Form des Alkoholismus hier zu subsummieren. WIESER (158) meint: " Zu GAUPPs Zeiten bildeten periodische Störungen des Antriebs wie auch die Poriomanie, Pyromanie, Kleptomanie usw. eine wohl umschriebene Krankheitseinheit, und so nahm auch die Dipsomanie in den Abhandlungen über den chronischen Alkoholismus einen breiten Raum ein. Seither sind diese Monomanien aus unseren Lehrbüchern allmählich verschwunden." In seiner Allgemeinen Psychopathologie meint dazu JASPERS (69): "Wie für die beobachtende Umgebung immer der Inhalt der Betätigung der Kranken das Auffallende war, so ging auch die wissenschaftliche Psychiatrie zunächst von dieser Betrachtungsweise aus. Indem sie die inhaltlich charakteristischen Handlungsweisen benannte und als Krankheitseinheit klassifizierte, schuf sie die Lehre von den Monomanien, die, als nur das Äußere treffend, bald verlassen wurde." Abgesehen davon, daß sich im Laufe der Zeit manche Einschätzung des Krankheitswertes oder der psychopathologischen Wertigkeit der Monomanien (zu sehen vor allem an der früher sehr oft beschriebenen Nymphomanie) so sehr geändert haben, daß die Aufrechterhaltung der ganzen Krankheitsgruppe im Sinne einer einheitlichen Struktur obsolet wurde.

Eine Einordnung der betreffenden Krankheitsentitäten in ein modernes nosologisches psychiatrisches System findet sich bei BLEULER (13): Er ordnet diese Erscheinungen den krankhaften Reaktionen (Trieben und Impulsen) vornehmlich affektiver Art zu und subsummiert sie unter der großen Gruppe der "psycho-reaktiven" bzw. "psychogenen" Störungen: " Es gibt Triebe, Impulse, Gelüste, die sich sowohl ihrer Art wie ihrer Unwiderstehbarkeit nach als krankhaft kennzeichnen. Sie sind so mächtig, daß die Kranken ihnen häufig nachgeben, selbst

wenn sie sich damit schädigen, selbst wenn sie ihr Gewissen damit belasten und selbst wenn sie strafrechtliche Folgen zu gewärtigen haben. Die Versuche, diesen Trieben nachzugeben, werden ähnlich empfunden wie die Sucht nach einem Suchtmittel....Man beschreibt diese abnormen Triebe, Impulse und Gelüste auch als 'reaktive Triebe' oder als Suchten besonderer Art. Früher fasste man sie als 'impulsives Irresein' oder als 'Monomanien' zusammen."

Im Gegensatz zur älteren Psychiatrie, die von der Phänomenologie ausgehend und deren entscheidende Wichtigkeit betonend zum Beispiel die "Mania ebriosa" oder "Unmässigkeitsmanie" (GUISLAIN, 54) als grund- und eigenständige Geistesstörung betrachtete, wird bei mehr einfühlsam nachvollziehender Betrachtungsweise, wie sie die neue Psychiatrie ja als Hauptzugangsweg zu den Krankheiten des neurotischen Formenkreises betrachtet, mehr und mehr den psychologischen Faktoren Rechnung getragen werden können:

Von der einfachsten und unauffälligsten Form, aus "der Ordnung, aus der Domestikation, besonders aus seiner personalen Umgebung" (SOLMS, 139) zu entfliehen, nämlich der Tagträumerei, schlägt sich eine Brücke zur früher sogenannten Porionomanie, der krankhaften Wandersucht, und zur anfallsartigen Trunksucht, der Dipsomanie. Unterstellt man, daß die meisten der als Monomanien bezeichneten Störungen "im Laufe einer neurotischen Entwicklung bei Persönlichkeiten mit unharmonischem und unbefriedigten Triebleben" (BLEULER, 13) entstehen, die unter Druck, in einer unerträglichen Situation stehen, erklärt sich auch die Dipsomanie als Flucht, vielleicht vor der Welt, vielleicht auch "als Flucht vor sich selbst." (SOLMS, 139)

3.7 Der Zusammenhang zwischen episodischem Alkoholismus und den Krankheiten des epileptischen Formenkreises

Vielfältige Untersuchungen, teilweise auch aus neuerer Zeit, wurden angestellt, um den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Manifestationen der Alkoholkrankheit und den Krankheiten des epileptischen Formenkreises zu ergründen. (17, 68, 87, 90, 110, 112, 136, 155, 156)

Von der Beobachtung ausgehend, daß viele der "genuinen Epileptiker alkoholintolerant" sind, andererseits die den alkoholischen Exzessen vorausgehenden Verstimmungen der periodischen Trinker "ganz den bei Epileptikern beobachteten Verstimmungen entsprechen" (WEYGANDT (154)), sind doch viele klinische Ähnlichkeiten vorhanden. GRUHLE (zit. nach SOLMS (139)) betont in diesem Zusammenhang, daß das "gequälte, zwanghafte Trinken der Dipsomanen auch beim Epileptiker und beim Hirntraumatiker" vorzufinden ist. MALKA, FOUQUET und VACHONFRANCE (97) beschreiben als besonderes Merkmal der "Somalcooleses" deren "Alcoolepsies".

PILCZ (119) begegnet nicht nur "einer Kombination von Epilepsie und Dipsomanie, sondern ebenfalls einem vicariieren beider Affektionen". GUISLAIN (54)"sieht manche Trinker epileptisch werden"und meint damit, daß sie episodische Trinkformen zeigen; KRAEPELIN (83) rechnet "nicht alle, aber viele" der Dipsomanen den epileptischen Anfallskrankheiten zu, wobei er annimmt, daß die Epilepsie Grundlage periodischer Verstimmungszustände ist, die in Zusammenhang mit "persönlicher krankhafter Veranlagung" und/oder "chronischem Alkoholismus" das Krankheitsbild gestaltet.

"Die oft recht eindrucksvolle Periodizität des Verlaufs ... wie die für die Trinkexzesse bestehenden Gedächtnislücken" habe die Zuordnung zum epileptischen Formenkreis nahegelegt, schreibt WIESER (158), aber diese Ansicht

habe "zwischenzeitlich gewisse Korrekturen" hinnehmen müssen. Auch PAPPENHEIM (115) widerspricht der Ansicht, daß alle rhythmisch-periodischen psychopathologischen Vorgänge per se auf Epilepsie hinweisen.

COLLA (27) schreibt: "Bemerkenswert ist, daß auch die gewöhnliche Trunksucht in diese Form der periodischen übergehen kann, was nichts anderes bedeutet, als daß der Alkohol, der die Epilepsie so oft hervorruft, sie auch in dieser Form zur Erscheinung bringen kann."

Die Mitteilung, daß sich beim Epileptiker wie beim Alkoholkranken das "Tauziehen" zwischen dichotomen, physiologisch- selbstregulatorischen intrasomatischen Kräften (wie zum Beispiel dem sympatico-adrenergischen und dem cholinergischen System) auf höherem Niveau abspielt, verdanken wir BILZ (14):

"Der Epileptiker ist ein Mensch, der durch einen hohen homöostatischen Etat gekennzeichnet ist, darin gleicht er dem Trinker."

Als Resumé seiner Monographie über die Dipsomanie glaubt GAUPP (47) den Schluß ziehen zu können, "dass die Dipsomanie als eine Äusserungsform der Epilepsie angesehen werden muss", der einzelne Anfall als "Äquivalent" (8) (BAUER et al) aufgefaßt werden kann.

Dazu bemerkt BUMKE (21): "GAUPP hat die Dipsomanie für ein epileptisches Symptom erklärt, RIEGER niemals epileptische Züge bei Quartalssäufern, niemals Dipsomane bei Epileptikern beobachtet - in Wirklichkeit ist die Dipsomanie ein Syndrom, das wie mit anderen psychopathischen Zügen gelegentlich auch einmal mit affektepileptischen Anfällen zusammentrifft."

Wie so oft lassen sich scheinbare Gegensätze wie die zitierten unterschiedlichen Angaben über den Zusammenhang zwischen Dipsomanie und Epilepsie verstehen, wenn man, wie dies FEUERLEIN (37) tut, scheinbare Krankheitseinheiten wie die "Alkoholepilepsie" auflöst und eine

differenzierte Betrachtungsweise anstellt:

Danach ist es notwendig, zwischen fünf verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung der epileptiformen Anfälle bei Trinkern zu unterscheiden:

- "1. Bereits vor Beginn des Alkoholabusus bestanden epileptische Anfälle. Sie werden durch den Alkoholabusus ggf. provoziert bzw. verschlimmert.
2. Eine bisher latente Krampfbereitschaft wird durch den Alkoholabusus manifestiert.
3. Es besteht eine zufällige Koinzidenz von Alkoholismus und epileptischen Anfällen. ...
4. Auftreten der Anfälle bei Alkoholikern im Rahmen von Abstinenzerscheinungen als Vorboten des Alkoholdelirs.
5. Epileptische Anfälle bei chronischen Alkoholikern, die früher sicher keine latente Krampfbereitschaft aufgewiesen hatten und bei denen keine erkennbaren zerebralen Schädigungen bestehen. Diese Anfälle treten ohne Zusammenhang mit der Abstinenz oder auch ohne Zusammenhang mit Trinkexzessen auf. Nur diese Art der Anfälle wäre als Alkoholepilepsie im eigentlichen Sinn zu verstehen."

So eingegrenzt ergeben sich freilich andere Gewichtungen und andere daraus resultierende Bewertungen:

"Die Häufigkeit der epileptischen Anfälle der Kategorien 4 und 5 ist relativ gering. Sie wird von verschiedenen Autoren mit 3,5 - 5 % angegeben." (FEUERLEIN (37))

Solange es zum Beispiel nicht möglich ist, während und zwischen den Trink-Attacken der Epsilon-Alkoholiker EEG-Ableitungen gewinnen zu können, wird immer ein Rest Unklarheit bleiben bzw. Spekulationen in diese Diskussion einfließen, insbesondere dadurch, daß beiden, der Alkoholkrankheit wie den Anfallskrankheiten aus irrationalen Quellen gespeiste Odien zueigen sind. Insgesamt muß man konstatieren, daß die Beziehung der anfallsartigen Alkoholsucht zur Epilepsie "früher deutlich überschätzt" worden ist. (SOLMS (139)) Die Annahme eines unkomplizierten, monokausalen Zusammenhanges zwischen beiden ist sicher zu einfach.

3.8 Episodischer Alkoholismus und affektive Psychosen

Neben den Monomanien, in denen ein einziges, klar faßbares Phänomen, ein unwiderstehlicher "Trieb" wie etwa der zu alkoholischen Exzessen dominieren kann und das psychopathologische Bild bestimmt, gibt es natürlich noch andere, zahlenmäßig sogar weit überwiegende Formen periodischer psychischer Syndrome; vor allem die zum Formenkreis der funktionellen, endogenen Psychosen gehörende manisch - depressive Erkrankung.

Es verwundert nicht, daß versucht wurde, die Zusammenhänge zwischen dieser meist bipolar verlaufenden, aus eigenständigen, abgrenzbaren, eigengesetzlich verlaufenden Phasen manischer und depressiver Tönung zusammengesetzten Störung und der periodischen Unterart des Alkoholismus zu erforschen bzw. letztere als Symptom, als Äußerungsform vor allem des depressiven Teils, des "status melancholicus" (GRIESINGER(52)) unter das übergeordnete Krankheitsbild dieser cyclischen Psychosen zu subsummieren.

GRIESINGER(52) war der erste, der diesen Zusammenhang herzustellen versuchte.(1845) Seine Zuordnung zu den periodischen, "wie in einem Zirkel" verlaufenden Psychosen fand die Zustimmung vieler Zeitgenossen und Nachfahren, so der französischen Schule (MOREL, MAGNAN, LEGRAIN), aber auch führender deutschsprachiger Psychiater (WESTPHAL, WERNICKE und KRAEPELIN) (zitiert nach MARCONI(99)).

BLEULER's Psychiatisches Lehrbuch rechnet wie in der 1. Auflage 1916 (12) auch in der 14. Auflage 1979 (13) viele der episodischen Trinker dem "manisch - depressiven Irresein" zu, da die Dipsomanen aus einer Verstimmung heraus zu trinken anfangen.

.

KRAEPELIN hat die Lehre vom manisch - depressiven Irresein aufgestellt und viele verschiedene periodisch verlaufende Geisteskrankheiten, so auch die Quartalstrunksucht, darunter subsummiert.(82 , 83) Das wesentliche Pathologische, schreibt er, ist " nicht der einzelne Anfall der Störung, sondern die ganze eigenartige Veränderung der psychischen und physischen Persönlichkeit, aus welcher das klinische Krankheitsbild sich immer von neuem herausentwickelt. ... Es handelt sich um keine wiederholten Neuerkrankungen, sondern um periodisches Auftreten bestimmter krankhafter Symptomkomplexe auf einer auch in der Zwischenzeit nicht normalen Grundlage."(83) Auf dieser begrifflichen Basis erscheint es ihm möglich, die Quartalstrinker zu den Kranken mit "maniakalischen Aufregungen"zu zählen, die "eo ipso periodisch verlaufen, alle Entstehungsbedingungen im Organismus vorfinden und keine äußeren Anlässe bedürfen."

Für PAPPENHEIM (115) ist die den Trinkanfällen vorausgehende depressive Verstimmung das wesentliche, in Zusammenwirken mit "Konstitutionsanomalien" die Begierde nach Alkohol hervorbringende Charakteristikum.

KRYSPIN-EXNER(86) schreibt: "Eine periodische dysphorische oder depressive Verstimmung im Rahmen einer Cycloidie scheint für das periodische Einsetzen süchtigen Verhaltens zum Teil verantwortlich zu sein."

Ein für die Zuordnung der Krankheit wichtiges Merkmal, meint SOLMS (139), ist die Tatsache, daß "an die Stelle der dipsomanen Zustände Depressionen treten können." Er neigt der Ansicht zu, daß unter dem klinischen Bild der Quartalstrunksucht zum Beispiel "ein manisch - depressives Geschehen mit relativ geringen Ausschlägen und einer Neigung zu dysphorischen Zuständen" stecken könnte, relativiert aber seine Ansicht durch die zutreffende Einschränkung, daß "betont werden muß, daß mit dem Nachweis einer depressiven Verstimmung die Ursache eines intermittierenden oder dauernden Alkoholmißbrauchs nicht gegeben ist."

Es ist ja auch möglich, daß hier eine Verknennung von Ursache und Wirkung vorliegt und die depressive Verstimmung gar nicht unverstehbar und ursächlich vorliegt, sondern dem Trinken, wenngleich mit gewissem Abstand, reaktiv nachfolgt oder sich beides, wie bei SAINT-EXUPERY's "kleinem Prinzen", der einen Säufer besucht, nachzulesen, im Sinne eines circulus vitiosus immer wieder gegenseitig auslöst; zunehmendes Trinken von zunehmender Depression begleitet wird und vice versa.

Weiterhin bleibt natürlich die Frage, ob die bei allen episodischen Trinkern zu beobachtenden "primären, periodisch wiederkehrenden, rein endogenen Verstimmungen" (GAUPP(47)), (siehe auch 3.2.1 Prodromalerscheinungen) in denen sich "Traurigkeit, Angst, Unruhe mischen und die von den Dipso-manen ziemlich übereinstimmend geschildert werden" und der wir "auch bei gewissen Formen des manisch - depressiven Irreseins begegnen"(104), wirklich die alleinige, die Trink-exzesse verursachende Störung ist oder ob wir vielleicht nur ein charakteristisches Leitsymptom dieser Krankheit vor uns haben, das ebenso bei anderen Veränderungen vorgefunden werden kann.

MENNINGER-LERCHENTHAL (104) glaubt, daß die diagnostische Vereinfachung, der man hier begegnet, eines Tages ein Ende finden dürfte. "Da man von den periodisch auftretenden Krankheitszuständen im allgemeinen zu wenig wußte bzw. in ihnen nicht das übergeordnete Prinzip erblickte, neigte man dazu, einzelne periodische Erkrankungen als Sammeltöpfe zu verwenden, so die Epilepsie und das manisch - depressive Irresein. Hier sehen wir, daß ein Symptom als bestimmendes Merkmal aufgefaßt wird, nämlich die Verstimmung, die die dipsomane Attacke einleitet, also in der Reihenfolge der Symptome gegenüber dem Trinkexzeß das frühere ist und schon aus diesem Grund als causal in Frage kommt". Aber, fragt MENNINGER-LERCHENTHAL weiter: "Gehen nicht alle Drangzustände mit nervöser oder ängstlicher Unruhe einher?" (104)

Wie der periodische Verlauf einer Krankheit allein kein Grund sei, an Epilepsie zu denken, sei auch das Beobachten von Verstimmungen daher kein pathognomonischer Hinweis auf eine fragliche manisch - depressive Natur. Untersuchungen von DOBNIGG und ECONOMO (zitiert nach MENNINGER-LERCHENTHAL) aus einer Wiener Klinik haben ergeben, daß "ein Drittel der Dipsomanen mit Epilepsie und ein Drittel mit manisch - depressivem Irresein belastet gefunden" worden sei.(104)

Dies untermauert nach Ansicht von MENNINGER-LERCHENTHAL die Meinung, daß periodisches Trinken weder der einen noch der anderen Erkrankung zuzurechnen sei, sondern vielmehr eine "Diencephalose ohne ätiologische Beziehung zur Epilepsie oder zum manisch - depressiven Irresein" darstellt. Er stützt seine Aussagen auf PÖTZL und HOFF (zitiert nach MENNINGER-LERCHENTHAL), die 1931 in Versuchen gezeigt haben wollen, daß "bei Dipsomanen die Diathermie des Zwischenhirns eine Verminderung der Diurese ergibt, teils dauernd, teils nur in der Krankheitsperiode. Beim gesunden Menschen ergibt die Diathermie eine Steigerung der Diurese. Daraus wird der Schluß gezogen, daß bei der Dipsomanie das Zwischenhirn abnorm funktioniert."(104)

Mit derartigen Vermutungen stehen sie nicht alleine. Auch KNIGGE (80) sieht Hirntraumen in der Ätiologie der episodischen Geistesstörungen vorkommen, CHARLIN, GARDIEN und MARTY (25) glauben, daß Schädigungen des Hypothalamus, "der die Stimmung und den Durstinstinkt zugleich steuert", verantwortlich zu machen seien, PESERICO (118) hält die Dipsomanie im wesentlichen für ein Symptom krankhaft gesteigerter Durstempfindung. Auch BONHOEFFER und RIEBELING sollen sich, wie BOWMAN und JELLINEK (15) schreiben, dieser Vermutung zur Genese angeschlossen haben.

Letztendlich sind aber alle diese Hypothesen über die Bildung im psychischen Bereich sich manifestierender Rhythmen

über rein spekulative, eher naturphilosophische Ansätze nicht hinausgekommen, ist ein nachweisbares, organisches Substrat nicht gefunden worden und sind viele der grundlegenden neurophysiologischen bzw. endokrin - humoralen Mechanismen bis heute nicht entschlüsselt.

Die Humanbiologie, schreibt BERTALANFFY (10) betrachtet hier eines der "merkwürdigsten, aber auch schwierigsten Probleme", erst recht, wenn man versucht, komplexe Abläufe wie die Steuerung und Regulation der körpereigenen rhythmischen Schwankungen, von denen (nach MILLS (107)) beim Menschen mehr als 100 Meßgrößen von Organen und Funktionen nachgewiesen worden sind, zu verstehen.

Im Sprachgebrauch der Psychiatrie sind aber, geht man von diesem biologisch - organischen Verständnis aus, alle psychischen Erkrankungen ohne erkennbare Ätiologie erst einmal endogen bedingt, womit sich der Kreis schließt und man wieder dort angekommen ist, wo man begonnen hat zu suchen: Bei den endogenen, affektiven Psychosen.

"Obwohl der manisch - depressive Charakter vieler Dipsomanen offenkundig sei", schreiben BOWMAN und JELLINEK (15), "ist dies eine unzureichende Erklärung. Ein spezieller Faktor, organisch oder nicht, muß postuliert werden."

Auch bei MALKA et al. (97) findet sich der Hinweis, daß die Pathogenese der "Somalcooses" nicht alleine durch einen Rückgriff auf die "Cylothymie" zu erklären ist.

Neuere Forschungen zum Problemkreis der affektiven Psychosen (zum Beispiel HATOTANI (56), LEONHARD (91)) betonen zwar die Vielgestalt der gesamten Krankheitsgruppe, beziehen aber die episodischen Trinker nicht mehr in ihre Überlegungen ein. Die Reintegration der Quartalstrinker in das "generelle Konzept des Alkoholismus", wie von MARCONI (99) gefordert, hat stattgefunden.

4. Klinische Untersuchung

4.1. Versuchsbeschreibung

4.1.1. Ziel der Untersuchung

Wesentlichstes Ziel der Erhebung war der Versuch einer qualitativen und quantitativen Erfassung und Beschreibung der spezifischen Merkmale des episodischen Alkoholismus, wie sie sich heutzutage unter den Kranken einer psychiatrischen Poliklinik darstellen. Dabei sollten Aussagen zu folgenden Fragen gemacht werden:

1. Hinsichtlich der Häufigkeit des episodischen Alkoholismus, d.h. der Frequenz dieser Manifestationsform des Alkoholismus
2. Hinsichtlich der Verteilung des episodischen Alkoholismus zwischen Männern und Frauen
3. Zur Präzisierung des klinischen Bildes, insbesondere durch Erfassung von soziographischen und anamnestischen Daten, von Trinkverhalten und Trinkkarriere
4. Zu den Alkoholfolgen, wie sie durch den spezifischen Trinkstil provoziert werden
5. Zu den Abgrenzungsmöglichkeiten, die aus den genannten Punkten differentialdiagnostisch abgeleitet werden können und die eine Differenzierung der intermittierenden von den chronisch-permanenten Alkoholismusformen erlauben
6. Zu der Frage der Einheitlichkeit bzw. Vielfältigkeit der unter "episodischem Trinken" subsummierten Verhaltensweisen
7. Zu der Frage der Anwendung des Münchner Alkoholismus-Tests (MALT) bei episodischen Trinkern.

4.1.2. Methodik und Fallauswahl

Ausgewertet wurden die Krankengeschichten aller Patienten, die im Max-Planck-Institut für Psychiatrie im Zeitraum 1978 - 1983 (6 Jahre) poliklinisch untersucht bzw. therapiert wurden und von den Ärzten unter die Diagnose 303.0 (gemäß 8. Revision der "International Classification of Diseases, (162)): episodischer Alkoholmißbrauch subsummiert wurden.

Unter Zugrundelegung eines selbstentworfenen Auswertungsbogens (wie in der Anlage abgedruckt) wurden die in den Krankenakten fixierten Angaben aller Patienten, die anamnestischen, therapiebegleitenden und katamnestischen Aufzeichnungen aller in Frage kommenden Patienten, teils standardisiert, teils frei erfaßt.

Für viele grundlegende anamnestische Daten konnte auf die maschinell gespeicherte Basisdokumentation sowie auf die bereits verschlüsselten Angaben des "Alkoholerfassungsbogen" des MPIP zurückgegriffen werden. Zur Verfügung standen desweiteren der Selbst- und der Fremdbewertungsteil des Münchener Alkoholismus Tests (MALT).

In offener Frage erfaßt wurden spezielle Besonderheiten des episodischen Trinkverhaltens sowie sonstige psychodynamische oder ähnliche Auffälligkeiten, die sich einer Standardisierung entzogen.

Nach Aussonderung aller Mehrfachaufnahmen derselben Patienten ergab sich eine Fallanzahl von $n = 135$.

Im weiteren Verlauf der Untersuchung mußten von dieser Zahl subtrahiert werden:

1. Fehlklassifikationen.

Erfassungsfehler; vor allem solche, die sich aus der Umstellung der ICD-Nummerierung im Zuge der Übernahme der 9. Revision der ICD ergeben, in der alle Alkoholismusfälle summarisch nur noch mit der Ziffer 303 bezeichnet werden.

2. Fälle, die nicht völlig zweifelsfrei die Definitionskriterien des episodischen oder periodischen Trinkstils erfüllen, um in die Untersuchungsgruppe aufgenommen werden zu können:

Hierunter waren folgende Untergruppen zu subsummieren:

1. Fälle mit fehlenden wesentlichen Unterlagen bzw. nicht auswertbaren Materialien.
2. Einmalige Trinkexzesse, die als "Episoden" bezeichnet wurden, die aber keine Wiederholungstendenz erkennen ließen.
3. Fälle von Alkoholmißbrauch mit zwar phasenhaftem Bild, aber ohne klaren und eindeutigen Alkoholismus bzw. im Vorfeld von Sucht und Abhängigkeit.
4. Fälle sogenannter "Pseudodipsomanie":

Schon LEGRAIN (89), MARGULIES (102), GAUSTER (48), PILCZ (119) und KNIGGE (80) weisen daraufhin, daß von der Dipsomanie die sogenannte Pseudodipsomanie zu unterscheiden ist und ordnen letzterer situativ bedingte Trinkexzesse zu, die etwa durch einen periodischen Lohnempfang (13) (119) begünstigt werden oder milieubedingt (80), durch "unglückliche Gelegenheiten zum Trinken verführte", mit "nur geringen Widerstandskräften" (102) ausgestattet, "haltlose und schwache Naturen" (13) befällt.

5. Auch die von JELLINEK (73) so bezeichneten "pseudo-periodischen Alkoholiker" (Gamma-Alkoholiker, die im Zuge ihrer chronischen Alkoholabhängigkeit auch einzelne, meist kürzere Phasen von Abstinenz einhalten) oder chronische Alkoholiker, die (im Sinne von SOLMS (139) Beobachtung) versuchen, ihre chronische Alkoholabhängigkeit zu verbergen und die unleugbaren Auswirkungen ihrer

Alkoholkrankheit durch die Angabe einer gewissen Periodizität zu entschuldigen versuchen, können natürlich nicht als echte Fälle episodischen Alkoholismus angesehen werden. (Siehe dazu auch 5.3.2.2)

In diesem Sinne wurden alle Krankengeschichten, die erhebliche Zweifel ließen, ob nicht doch eine permanente Alkoholismusform vorliegt, ebenfalls ausgesondert.

Es ergab sich nach Durchführung dieser Selektions-Maßnahmen eine erfaßbare Anzahl von $n = 44$ Fällen, die die formulierten Bedingungen episodenhaften bzw. periodischen Alkoholismus eindeutig erfüllten.

4.1.3. Kontrollgruppe

Zur Gegenüberstellung der erhobenen Daten mit vergleichbaren Angaben chronischer Alkoholiker wurde eine etwa gleichgroße Kontrollgruppe gebildet.

Erfaßt wurden nach den unter 4.1.2 dargestellten Auswertungsschritten bzw. unter Zuhilfenahme des gleichen Auswertungsbogens (siehe Anlage) bei vergleichbaren Angaben $n = 50$ Krankengeschichten chronischer Trinker aus dem gleichen Auswertungszeitraum 1978 - 1983.

Die Auswahl erfolgte nach den ICD-Nummern 303.2 (chronischer Alkoholmißbrauch - Trunksucht) und 303.1 (gewöhnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch), wobei eine Stichprobe aus den Krankengeschichten mit Diagnosegewißheitsgrad 4 und 5 (Diagnose wahrscheinlich oder sicher) gezogen wurde, nachdem Akten mit fehlendem oder nicht auswertbarem Material (analog dem Vorgehen in der Untersuchungsgruppe) ausgesondert wurden.

4.1.4. Kritische Bemerkungen zu Durchführung und Datengewinnung; Reliabilität und Aussagekraft der Erhebung

Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß eine der wesentlichsten Schwierigkeiten dieser Untersuchung darin bestand, harte, verwertbare Fakten hinsichtlich der zu untersuchenden Kriterien zu gewinnen.

Zur Auswertung gelangten Krankenakten, die primär anderen Aufgaben (Basisdokumentation) dienen sollten und die deshalb verständlicherweise zu bestimmten, speziellen Fragestellungen der Untersuchung keine explizite Aussage enthalten konnten.

Im Verlauf einer teilweise mehrjährigen Behandlung mancher Patienten wechselte bei vielen von ihnen der zuständige Therapeut, so daß in einigen Krankengeschichten bei der Charakterisierung eines speziellen Aspektes nicht nur der zeitliche Wandel des Bildes, sondern auch unterschiedliche Terminologien, Wertungen und diagnostische Festlegungen zu beobachten waren. Auswirkungen auf Häufigkeitsabschätzungen sind möglich.

Des weiteren ist zu berücksichtigen, daß in den diagnostischen und therapeutischen Gesprächen zwischen Arzt und Patienten bestimmt nicht jegliche relevante Problematik thematisiert wurde bzw. die vielen Alkoholikern inhärente Tendenz zur Dissimulation nicht alles in den tatsächlichen Dimensionen erscheinen ließ. (Auf den von SOLMS (139) mitgeteilten Einwand des Versuchs der Verbergung einer chronischen Trunksucht durch Vortäuschung einer periodischen wurde schon hingewiesen.)

Unterstellt man, daß ein weiterer Teil der gewonnenen Informationen aus den Arzt-Patienten-Gesprächen der schriftlichen Fixierung entgeht, läßt sich die Begrenztheit der Aussagekraft daraus erhobener Daten ermesen.

Bei der Durchführung der Untersuchung wurde für wesentliche Teile ein standardisierter Fragebogen (siehe Anlage) verwendet.

Es ließ sich nicht vermeiden, manche Angaben der Patienten an vorgegebenen standardisierten Alternativen zu messen, die den konkreten Sachverhalt nur teilweise abbilden konnten. In vielen Zweifelsfällen wurde die Aussage "unbekannt" getroffen, auch wenn dieses Vorgehen manchen typischen Befund statistisch zu belegen nicht mehr so klar ermöglicht.

Bei der geringen Zahl der verwertbaren einschlägigen Krankengeschichten ist auch eine eventuelle zufallsbedingte Abweichung der gewonnenen Ergebnisse vom tatsächlichen Wert nicht mit Sicherheit auszuschließen.

Wesentlichstes Kriterium bei der Beurteilung der potentiellen Interpretationsfähigkeit der Werte einer Erhebung ist jedoch neben der Objektivität, d.h. der Unabhängigkeit der Testwerte von Durchführung, Auswertung und Interpretation und der Validität, d.h. der Treffsicherheit, mit der eine Untersuchung das abbildet, was sie abbilden soll, vor allem die Reliabilität, die Zuverlässigkeit des Beobachtungsinstrumentariums.

Wird als Maß der exakten Abschätzung der verschiedenen Aspekte des zu untersuchenden Problems durch die angewandte Methodik die Korrelation der erhobenen Daten von zwei voneinander unabhängigen Untersuchungen innerhalb der gleichen Grundgesamtheit, die sogenannte Übereinstimmungsreliabilität untersucht, ergibt sich in vorliegendem Fall z.B. beim Vergleich der im MALT-Manual angegebenen positiven Item-Häufigkeiten bei Alkoholikern insgesamt mit den entsprechenden Prozentwerten der Vergleichsgruppe der vorliegenden Erhebung, die ja aus der gleichen Grundgesamtheit stammt, eine gewisse zu erwartende Parallelität, so daß trotz der eingangs geäußerten Einschränkungen die Zuverlässigkeit der in dieser Untersuchung angewandten Methode und damit der Daten für die Vergleichsgruppe und die Untersuchungsgruppe unterstellt werden kann.

Mittelwertdifferenzen: Manual 47,16%, Vergl.gruppe 52,9% = 5,74%
Standardabweichung: " 2,81 , " 3,35 = 0,54
Differenz der positiven Nennungen der einzelnen Items
zwischen 0 und 76%; im Mittel 20%. (Tabelle 1, Abb. 1)

Tabelle 1

Vergleich der prozentualen Häufigkeit positiver
Antworten im Malt zwischen MALT-Manual und
Vergleichsgruppe.

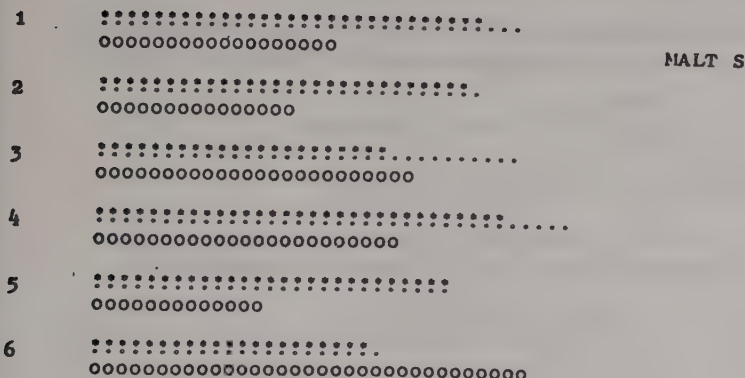
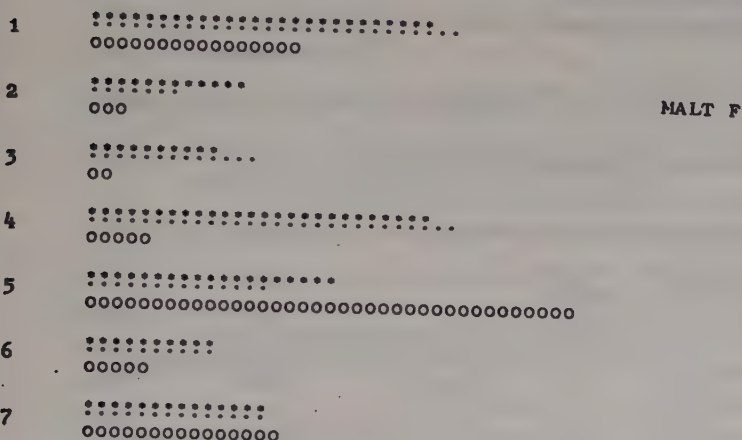
Item	Häufigkeit in %		Differenz in % der Manualw.	fb - fe ²	
	Manual	Vergl.gr. n = 50		Manual	Vergl.gr.
MALT-F					
1	54	56	4	46,8	61,5
2	24	14	42	536,4	1166,9
3	19	26	34	793,0	491,0
4	52	56	4	23,4	61,5
5	37	28	24	103,2	406,4
6	19	19	0	793,0	850,3
7	27	28	4	406,4	406,4
MALT-S					
1	58	63	9	117,5	102,0
2	55	58	5	61,5	26,0
3	43	63	47	17,3	102,0
4	62	72	16	220,2	364,8
5	53	53	0	34,1	0,0
6	41	44	7	37,9	79,0
7	33	58	76	200,5	26,0
8	50	56	12	8,1	9,6
9	65	72	11	318,2	364,8
10	31	35	16	261,1	320,4
11	31	30	3	261,1	324,4
12	32	44	38	229,8	79,0
13	63	77	22	250,9	580,8
14	37	56	51	103,2	9,6
15	80	88	1	1078,5	1232,0
16	46	58	26	1,4	26,0
17	54	77	43	46,8	580,8
18	39	67	37	3,4	198,8
19	63	77	22	250,9	580,8
20	51	58	14	14,7	26,0
21	49	53	8	3,4	0,0
22	81	98	21	1145,1	2034,0
23	62	63	2	220,2	102,0
24	41	51	24	37,9	3,6
E = 1462 1690 623 7624,8 10816,4					
s = 47,16 52,9 20,0 s = 2,81 3,35					

Abbildung 1 Darstellung der prozentualen Häufigkeit positiver Antworten im MALT für die Angaben des MALT-Manuals, der Vergleichsgruppe chronischer Trinker sowie der episodischen Trinker

Beachte die relative Gleichverteilung zwischen den Werten des Manuals (.....) und der Vergleichsgruppe (.....) sowie die größeren Abweichungen bei den episodischen Trinkern (oooooo)

Ein Symbol entspricht jeweils 2 %

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|



4.2 Zur Häufigkeit des episodischen Alkoholismus

Teilt man alle Alkoholismusfälle der psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie für den untersuchten Zeitraum 1978 - 1983 gemäß der Untergliederung nach ICD 8 ein in:

- 303.0 Episodischer Alkoholmißbrauch (entspr. Epsilon-Alk.)
- 303.1 Gewohnheitsmäßiger " (entspr. Gamma-Alk.)
- 303.2 Chronischer " (entspr. Delta-Alk.)
- 303.9 Andere und nicht näher bezeichnete Formen des Alkoholismus

ergibt sich folgende Verteilung:

Tab. 2 Verteilung der Alkoholismusformen

	303 ges.	303.0	303.1	303.2	303.9
1978	583	32	166	349	36
1979	521	21	93	353	54
1980	515	22	97	355	41
1981	502	25	86	390	1
1982	557	25	190	340	2
1983	638	35	294	305	4
1978 - 1983	3316	160	926	2092	138
Prozent. Verteil.	100	4,82	27,92	63,08	4,16

Der Prozentsatz der Epsilon-Fälle, aufgeschlüsselt nach Jahren, schwankt nur geringfügig:

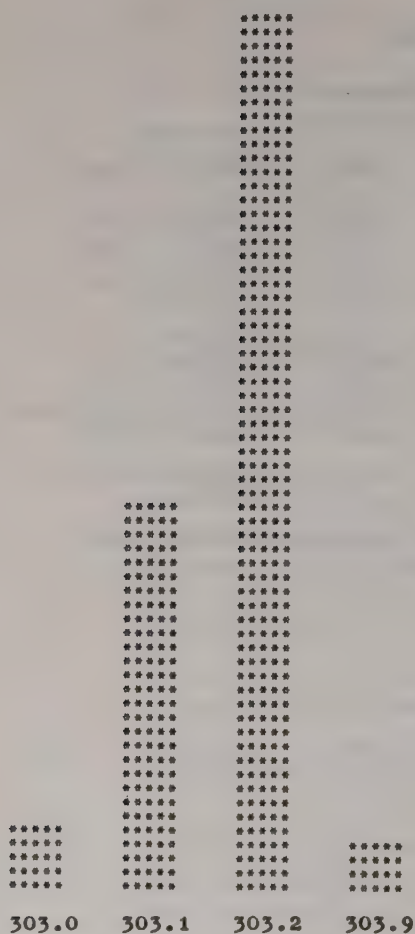
Tab. 3 Prozentanteil der Epsilon-Alkoholiker pro Jahr

1978	5,48 %
1979	4,03 %
1980	4,27 %
1981	4,98 %
1982	4,48 %
1983	5,48 %

Abbildung 2

Prozentuale Verteilung der
verschiedenen Alkoholismus-
formen

1978 - 1983



4.3 Die Verteilung der episodischen Alkoholiker zwischen Männern und Frauen

Eine Aufteilung der Fälle episodischen Alkoholismus nach Geschlechtern ergab folgende Verteilung:

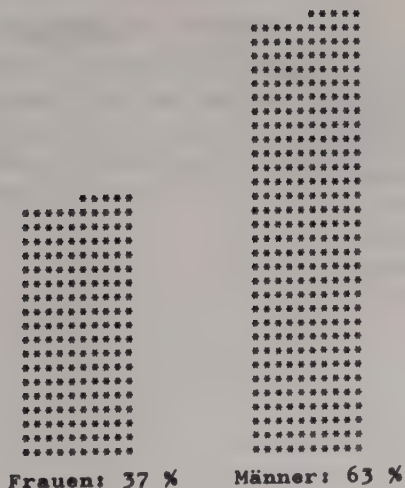
Von den 135 Alkoholismusfällen, die im Untersuchungszeitraum 1978 - 1983 unter der Diagnose 303.0 geführt wurden, bezogen sich (nach Abzug von Mehrfachaufnahmen) 50 auf Frauen, 85 auf Männer. In Prozentzahlen ausgedrückt bedeutet dies eine Verteilung von 37 % Frauen zu 63 % Männern.

Teilt man die 44 für die Untersuchung ausgewählten Fälle entsprechend auf, findet man eine gleichartige Häufigkeit: 17 Frauen (38,6%) stehen 27 Männer (61,4%) gegenüber.

Die Zufallsstichprobe (Vergleichsgruppe) hat folgende Zusammensetzung:

N = 50, Frauen: 21 (42%)
 Männer: 29 (58%)

Abb. 3 Verteilung des episodischen Alkoholismus zwischen Männern und Frauen



4.4 Trinkverhalten und Trinkkarriere, soziographische, anamnetische Daten

4.4.1 Alkoholberufe und alkoholgefährdete Berufe

6,8 % der Epsilon-Alkoholiker und 20 % der Vergleichsgruppe (3 Versuchspersonen vs 10 Versuchspersonen) wurden von den Ärzten des MPIP als Angehörige klassischer Alkoholberufe (Gastronomie, Alkoholproduktion und -distribution o.Ä.) bezeichnet.

Bei der Zuordnung zu sogenannten alkoholgefährdeten Berufen (z.B. Bau-, Transport-, Schifffahrtsberufe, Außendienst) ergab sich eine Zugehörigkeit von 20,5 % bei den Epsilon-Alkoholikern (9 Personen) zu 20 % (10 Personen) bei der Vergleichsgruppe.

4.4.2 Polytoxikomanische Tendenzen

Sieben Fragen des verwendeten Auswertungsbogens (siehe Anlage) zielten auf die Erfassung des Mißbrauchs weiterer Substanzen mit bekanntem Suchtpotential (Hypnotika, Sedativa, Tranquilizer, Narkotika, Analgetica, Stimulantien etc.).

Die Häufigkeit der Nennungen des zusätzlichen Abusus ist - nach einzelnen Substanzen gegliedert - aus Tabelle 4 zu entnehmen.

Tab. 4 Zusätzliche Suchtstoffe

	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
Schlafmittel	8	18	9	18
Schmerzmittel	8	18	7	14
Opiate u. Derivate	-	-	3	6
Psychopharmaka	7	16	14	28
Weckamine	1	2	1	2
Halluzinogene /				
Lösungsmittel	-	-	4	8
Cannabis	2	4,5	3	6

Als ausgesprochene Polytoxikomanen wurden 5 Epsilon-Trinker (11%) und 11 Angehörige der Vergleichsgruppe (22%) klassifiziert.

Keinerlei Gebrauch bzw. Mißbrauch von Suchtmitteln (außer Alkohol) gaben an bei den Epsilon-Fällen 34 Personen (77%), in der Vergleichsgruppe 31 Personen (62%).

4.4.3 Beginn des Alkoholabusus

Einer der interessantesten anamnestischen Parameter zur diagnostischen Abschätzung einer Alkoholkrankheit ist der von den Patienten mitgeteilte bzw. angenommene Beginn des mißbräuchlichen Trinkens.

Die Angaben der Epsilon-Trinker bzw. der Vergleichsgruppe sind aus Tabelle 5 zu entnehmen.

Tab. 5 Beginn des Alkoholmißbrauchs

	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
Vor d. 16. Lj.	1	2	5	10
16.- 20. Lj.	8	18	18	36
21.- 30. Lj.	19	43	12	24
31.- 40. Lj.	12	27	11	22
41.- 50. Lj.	1	2	2	4
51.- 60. Lj.	-	-	-	-
nach d. 60. Lj.	-	-	-	-
unbekannt	3		2	

4.4.4 Frequenz des Alkoholabusus

Die Antworten auf die Frage nach dem zeitlichen Verteilungsmuster, die ja letztendlich für die Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen Formen des Alkoholismus (episodisch-periodisch vs. chronisch) entscheidend ist, zeigen die zu erwartende Verteilung:

Tab. 6	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
täglicher Konsum	-	-	31	62 %
fast tägl. Konsum	2	5 %	18	36 %
episodischer Mißbrauch	37	84 %	1	2 %
streng periodisches Trinken	5	11 %	-	-

Tab. 7 4.4.5 Alkoholkonsum in den letzten beiden Jahren

Alkoholkonsum	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
gleichbleibend	14	33 %	18	36 %
eher ansteigend	18	41 %	20	40 %
eher abnehmend	8	18 %	8	16 %
keine Angaben	4		4	

Tab. 8 4.4.6 Täglicher Trinkbeginn in den letzten beiden Jahren

Trinkbeginn	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
ab Morgen	14	33 %	23	46 %
ab Mittag	5	11 %	11	22 %
ab Abend	11	25 %	10	20 %
nur zu den Mahlzeiten	-		-	
keine Angaben	14		6	

4.4.7 Trinkpausen

Für die Beantwortung der Frage nach Phasen der Alkoholabstinens waren folgende Antwortmöglichkeiten im halbstandardisierten Auswertungsbogen vorgesehen:

0 Trinkpausen niemals bzw. negiert

- 1 " 1 x für weniger als 1 Monat
- 2 " 1 x für 1 - 6 Monate
- 3 " 1 x für mehr als 6 Monate
- 4 " mehrmals für weniger als 1 Monat
- 5 " mehrmals für 1 - 6 Monate
- 6 " mehrmals für mehr als 6 Monate
- 9 " unbekannt

Die erhaltenen Antworten und prozentualen Häufigkeiten ergeben sich aus Tabelle 9.

Tab.9 Trinkpausen

	Epsilon- gruppe	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichs- gruppe	Prozentuale Häufigkeit
0	12	27	23	46
1	-	-	3	6
2	2	4,5	4	8
3	3	7	6	12
4	7	16	5	10
5	15	34	1	2
6	2	4,5	3	6
9	3	7	5	10

Tab. 10 4.4.8 Rauschtrinken

Rauschtrinken	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
negiert	5	11 %	18	36 %
weniger als 1 x monatlich	18	41 %	7	14 %
1 - 3 x monatl.	16	36 %	10	20 %
1 - 3 x wöchentl.	2	4,5 %	10	20 %
(fast) täglich	1	2 %	3	6 %
unbekannt	2		2	

Tab. 11 4.4.9 Trinkgesellschaft

Trinkgesellschaft	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
vorwiegend allein	24	55 %	20	40 %
vorwiegend mit Partner	3	7 %	1	2 %
vorwiegend in Gesellschaft:				
gleichbleibende Gruppe	6	14 %	9	18 %
wechselnde Gruppe	3	7 %	6	12 %
keine Bevorzugung	8	18 %	14	28 %

4.4.10 Trinkorte

Eine Untersuchung der Präferenz der Trinkorte ergibt folgende Verteilung:

Tab. 12	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
vorwiegend zu Hause	18	41 %	18	36 %
vorwiegend Gaststätte (Bar, Café)	10	23 %	10	20 %
vorwiegend Betrieb	4	9 %	3	6 %
keine Bevorzugung (= Kombination)	12	27 %	19	38 %

4.4.11 Art der alkoholischen Getränke

Auf die Frage nach der Art der bevorzugten alkoholischen Getränke ergaben sich folgende Antworten:

Tab. 13	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
Vorwiegend Bier	11	25 %	25	50 %
vorwiegend Weiß- und Rotwein	8	18 %	5	10 %
vorwiegend Süd- und Fruchtwein	-	-	-	-
vorwiegend Wermuthwein	-	-	-	-
vorwiegend Sekt	1	2 %	2	4 %
vorwiegend Schnaps	4	9 %	6	12 %
vorwiegend Cocktail	-	-	-	-
keine Bevorzugung	20	45 %	12	24 %
unbekannt	-	-	-	-

4.4.12 Tägliche Alkoholmenge in den letzten zwei Jahren

Die tägliche Alkoholmenge wurde nach den Angaben der Patienten erfaßt und unter Zuhilfenahme der im MALT (40) vorgeschlagenen Anhaltspunkte zur Bestimmung der reinen Alkoholmenge (Tabelle 14) errechnet:

Tab. 14 Anhaltspunkte zur Bestimmung der reinen Alkoholmenge

1,0 l Bier	(ca. 4% Alk.)	=	40 ml
0,7 l Wein	(ca. 10% Alk.)	=	70 ml
0,7 l Sekt	(ca. 12% Alk.)	=	84 ml
0,7 l Südwein	(ca. 20% Alk.)	=	140 ml
0,7 l Likör	(ca. 30% Alk.)	=	210 ml
0,7 l Schnaps	(ca. 40% Alk.)	=	280 ml
1 kl. Schnaps	(ca. 0,02 l)	=	8 ml
1 gr. Schnaps	(ca. 0,04 l)	=	16 ml

Es ergeben sich folgende konkreten Angaben:

Tab. 15	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit	Vergleichsgruppe	Prozentuale Häufigkeit
< 100 ml	3	7 %	3	6 %
100 - 200 ml	6	14 %	22	44 %
200 - 300 ml	13	30 %	13	30 %
300 - 400 ml	8	18 %	6	12 %
400 - 500 ml	1	2 %	1	2 %
> 500 ml	1	2 %	-	-
unbekannt	12	27 %	3	6 %

4.4.13 Altersverteilung der Patienten

Eine Gegenüberstellung der altersmäßigen Verteilung der Patienten der untersuchten und der Vergleichsgruppe erfolgte, indem das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme erfaßt und in entsprechende Altersklassen eingeteilt wurde.

Tab. 16 Altersverteilung der Patienten

Epsilon-Fälle			Vergleichsgruppe			
	Vp	%		Vp	%	
- 20	-	-	} 27	2	4	} 36
21 - 25	2	4,5		4	8	
26 - 30	4	9		4	8	
31 - 35	6	13,5		8	16	
36 - 40	9	20	} 73	11	22	} 64
41 - 45	9	20		11	22	
46 - 50	8	18		5	10	
51 - 55	1	2		2	4	
56 - 60	3	7		-	-	
über 60	2	4,5		3	6	

Durchschnittsalter:

Epsilon-Alkoholiker; 44,4

Gamma-Alkoholiker ; 40,6

4.4.14 Berufszugehörigkeit

Unter Zugrundelegung der Kategorien, die zur Erfassung dieses Merkmals in der computerstatistischen Dokumentation des MPI Anwendung finden, wurde sowohl nach dem erlernten als auch nach dem derzeitig ausgeübten Beruf gefragt.

Tab. 17 Erlernter und ausgeübter Beruf

	Erlernter Beruf				Ausgeübter Beruf			
	Epsilon-Alk. Vergl.-Gruppe		Epsilon-Alk. Vergl.-Gruppe		Epsilon-Alk. Vergl.-Gr.		Epsilon-Alk. Vergl.-Gr.	
	Vp	%	Vp	%	Vp	%	Vp	%
Arbeiter	8	18	17	33	6	14	19	40
Angestellter oder Beamter	25	57	23	48	15	34	14	29
Selbständiger, Freiberufler	4	9	2	4	9	20	4	8
Soldat	1	2	-	-	1	2	-	-
noch in Ausbildung	2	4,5	4	8	2	4,5	3	6
Rentner, Pensionist	-	-	-	-	1	2	1	2
Mind. 3 Monate arbeitslos	-	-	1	2	2	4,5	4	8
Hausfrau ohne Nebenschäftigung	4	9	1	2	7	16	3	6
Hausfrau mit Nebenschäftigung	-	-	-	-	1	2	-	-
Unbekannt	-	-	2	4	-	-	2	4

4.4.15 Psych. Zweit- und Dritt Diagnosen

Neben der Hauptdiagnose Alkoholismus wiesen die untersuchten Alkoholkranken weitere psychiatrische Auffälligkeiten auf, die von den Ärzten des MPI gemäß ICD-Codierung folgenden psychiatrischen Krankheitsgruppen zugeordnet wurden:

Tab. 18 Psy. Zweit- und Dritt Diagnosen

ICD-Nr.		Epsilon-Alk.	Vergleichsgruppe
291.0	Delirium tremens	-	3
293/294	Psychosen bei org. Krankheiten	1	-
295	Schizophrenie	1	1
296	Affekt. Psychosen	2	-
300	Neurosen	9	4
301	Persönlichkeitsstörungen	6	2
302	Sexuelle Perversionen	1	1
304	Medikamenten-Abhängigkeit	3	8
306.5	EBstörungen	2	-
307	Vorübergehende psych. Auffälligkeiten	5	10
309	Psych. Störungen / Körperl. Erkrankungen	-	2
311	Leichte Debilität	-	1

4.4.16 Beginn des episodischen Trinkens

Von den 44 episodischen Trinkern des Beobachtungsintervalls, deren Krankengeschichten zur Verfügung standen, hatten über 88% eine bereits langjährige Trinkhistorie: 26 Patienten (59%) tranken bereits länger als 5 Jahre (wobei Verläufe von 13, 15, 20, in einem Fall von 27 Jahren angegeben wurden), 13 Patienten (29%) datierten den Beginn ihres episodischen Alkoholabusus auf den Zeitraum zwischen 3 und 5 Jahren zurück.

1 Patient gab an, vor einigen Monaten angefangen zu haben, episodisch stark zu trinken, 1 Patient begann vor etwa einem halben Jahr. Bei 3 Patienten wurden Verläufe zwischen 1 und 2 Jahren festgestellt.

Tab. 19	Epsilon-Fälle	Prozentuale Häufigkeit
seit 1 Monat	1	2 %
seit 2 - 6 Monaten	1	2 %
seit 7 - 12 Monaten	0	0
seit 1 - 2 Jahren	3	7 %
seit 3 - 5 Jahren	13	29 %
seit mehr als 5 Jahren	26	59 %

4.4.17 Prädilektionszeiten

Hinweise aus der Literatur über einen vermutlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der spezifischen Trinkepisoden besonders bei Frauen und besonderen Prädilektionszeiten waren Anlaß, auch bei den weiblichen Mitgliedern der vorliegenden Studie dahingehende Anhaltspunkte zu suchen.

Nur bei einer Patientin konnte eine deutliche Koinzidenz von Menstruation und Alkoholexzessen angetroffen werden. Bei den anderen Patientinnen konnten explizite Aussagen in dieser Frage nicht erhalten werden, ebenso wenig bei den Patientinnen der Kontrollgruppe.

4.4.18 Prodromalerscheinungen

Nur bei 12 von insgesamt 44 Fällen episodischen Alkoholismus wurde ausdrücklich vom Auftreten charakteristischer, der Trinkphase vorhergehender, Prodromalsignale berichtet. 10 Personen berichteten von innerer Unruhe, sieben von Schlaflosigkeit; je sechsmal wurde von depressiver Verstimmung und Angstgefühlen gesprochen. Drei Patienten berichteten von starker Reizbarkeit, zwei von Lebensüberdruß und Suicidgedanken.

Weitere Prodromalsignale, die von den Patienten genannt wurden, waren:

(je 1 Nennung)

Unfähigkeitsgefühl	Erregungsgefühl
Appetitlosigkeit	Heißhunger
Müdigkeit, Abgeschlagenheit	Gefühl, tot zu sein
Ärger	Gefühl, wie gelähmt zu sein
Spannungszustände	Kontrollzwänge
Hemmungen	klaustrophobe Ängste
Minderwertigkeitsgefühle	Kontaktstörungen
Unbestimmtes Krankheitsgefühl	Konzentrationsstörungen
Katerähnliches Gefühl	Weinerlichkeit
Nervosität	Aufgewühltsein

Für einen Patienten war das Verlangen nach Zigarettenrauchen ein charakteristischer Vorbote eines drohenden Trunksuchtsanfalls, ein anderer Patient berichtete von gastrointestinalen Symptomen, u.a. starken Meteorismus, an denen er das Nahen eines Anfalls fühlen konnte.

4.4.19 Auslösesituationen

Während in Punkt 4.4.18 die den Trinkphasen vorhergehenden "Vorböten" im Sinne von somatischen oder psychischen Auffälligkeiten untersucht wurden, die als diagnostische Anhaltspunkte für das Prä-Trinkanfallsstadium dienen könnten, ist die nächste Frage der Suche nach konkreten psychodynamischen Situationen gewidmet, die gleichsam als "Auslösesituation" für den folgenden Trinkexzess in Frage kommen könnten.

In 13 der insgesamt 44 Fälle konnte keine Aussage hinsichtlich irgendwelcher Auslöser der einzelnen Trinkepisoden aufgefunden werden bzw. wurde von "unmotiviertem", unverständlichen Beginn des Trinkens gesprochen. Sieben Patienten gaben an, daß sich lediglich jeweils ein für sie typisches Syndrom, vielleicht am ehesten als allgemeiner "Verstimmungszustand" zu bezeichnen und durch entsprechende Prodromalerscheinungen (4.4.18) charakterisiert, einstellt, der in ihren Augen dem Trinkexzess zugrundeliegt. Ebenfalls sieben Versuchspersonen glaubten, auf "Stress" mit einer Periode exzessiven Trinkens zu reagieren. "Sozialer Druck", vorwiegend im Kontext Ehe/Familie, wurde von zwölf Epsilon-Alkoholikern als verursachend angesehen, "sozialer Druck" aus dem Sektor Arbeits- und Berufsleben von acht.

Jeweils zum Wochenende begannen die Trinktouren dreier Patienten, was diesen die Vermutung nahelegte, die spezifische Wochenendsituation sei Grund der Exzesse. Ebenfalls 3 der Patienten meinten, von anderen zum Trinken verführt zu werden und dann nicht mehr aufhören zu können. "Vereinsamung, Isolation" wurde von sechs Personen als Grund des Trinkens angegeben.

Des weiteren wurden als Auslöser genannt:

allgemeine Angst- und Anspannungszustände (drei Personen), Problemlösungskonflikte (drei Personen).

Drei Personen gaben eine sexuelle Problematik als Ursache an (Impotenz, voyeuristische Problematik, Kontakthemmungen), Persönlichkeitsprobleme neurotisch-phobischer Art wurden bei einem Fall beschrieben. Ein Patient meinte, immer dann zu trinken, wenn er über all seine gescheiterten Pläne und sein gescheitertes Leben nachzudenken beginne und sich seiner eigenen "Minderwertigkeitsgefühle" bewußt werde.

Tab. 20 Auslösesituationen bei episodischen Alkoholikern

keine Auslöser oder unmotiviert	13
"Verstimmungszustände"	7
"Stress"	7
sozialer Druck (Ehe/Familie)	12
sozialer Druck (Arbeit/Beruf)	8
Wochenendsituation	3
Verführungssituation	3
Vereinsamung, Isolation	6
Angst- und Anspannungszustände	3
Problemlösungskonflikte	3
sexuelle Probleme	3
neurotisch-phobische Persönlichkeitsprobleme	1
Minderwertigkeitsgefühle	1

4.4.20 Anzahl der Trinkepisoden

Wie sich zeigen ließ, fand eine erstmalige Behandlung des Alkoholismus bei den Patienten mit episodischem Alkoholismus erst nach einer meist längeren Suchtkarriere statt:

Tab. 21 Anzahl der Trinkepisoden:

bis zu 5 typischen Episoden	2
bis zu 10 typischen Episoden	3
bis zu 20 typischen Episoden	3
mehr als 20 typische Episoden	22
unbekannt	14

4.4.21 Entwicklungstendenz der Trinkphasen

Nur in sieben von insgesamt 44 Fällen konnte eine gleichbleibende, strenge Periodik der Trinkexzesse beobachtet werden, dagegen zeigten 28 Fälle stark variierende Phasenlänge. In einem Fall wurde ausdrücklich festgestellt, daß die Länge der Trinktouren kürzer zu werden scheint, bei 2 Patienten trat das Gegenteil, also eine Verlängerung der Trinktouren auf. 6 Fälle mußten als "unbekannt" bezeichnet werden.

Tab. 22

gleichbleibende, strenge Periodik	7
kürzer werdende Trinktouren	1
länger werdende Trinktouren	2
variierend	28
unbekannt	6

4.4.22 Phasenlänge

Hinsichtlich der zeitlichen Dauer der Trinkphasen streuten die Angaben erheblich:

Von wenigen Stunden (1 Person), einem Tag (15 Personen), 2-4 Tagen (19 Personen), 5-7 Tagen (4 Personen) reichten die Angaben bis zu 2-4 Wochen (1 Patient) und in einem Fall darüber (5 Wochen).

Keine Angaben konnten in 3 Fällen erbracht werden.

Tab. 23 Phasenlänge

wenige Stunden	1 Person
1 Tag	15 Personen
2 - 4 Tage	19 Personen
5 - 7 Tage	4 Personen
2 - 4 Wochen	1 Person
länger als 4 Wochen	1 Person
unbekannt	3 Personen

4.4.23 Entwicklungstendenz der Zwischenphasen

Gleichbleibende Zeitdauer der Phase zwischen den Trinkexzessen wurde bei 7 Patienten angegeben, dagegen zeigten 27 Patienten variierende anfallsfreie Intervalle. Bei 5 Epsilon-Alkoholikern wurden kürzer werdende, bei 3 Patienten länger werdende Interphasen beobachtet. 2 Fälle verbleiben ohne nähere Auskünfte.

Tab. 24 Entwicklungstendenz der Zwischenphasen

gleichbleibend	7 Personen
kürzer werdend	5 Personen
länger werdend	3 Personen
variierend	27 Personen
unbekannt	2 Personen

4.4.24 Länge der Zwischenphase

Wie bei den Angaben zur Länge der Trinkphasen wurde auch bei der Länge der Zwischenphase eine starke Diskrepanz gesehen: Lag bei 5 Patienten jeweils ein anfallsfreies Intervall von 1-2 Wochen zwischen den Trinkexzessen, gaben 11 Patienten Zwischenräume von 2-4 Wochen an, 10 Patienten Zwischenräume von 4-8 Wochen. 4 Patienten entsprachen dem klassischen Bild des "Quartalstrinkers", ihre Anfälle traten in vierteljährigem Rhythmus auf. Bei 6 Patienten erstreckten sich die Interphasen über Zeiträume von mehr als 3 Monaten (4,7,8 Mon.).

Tab. 25 Länge der Zwischenphasen

1 - 2 Wochen	5 Personen
2 - 4 Wochen	11 Personen
4 - 8 Wochen	10 Personen
12 Wochen	4 Personen
länger als 12 Wochen	6 Personen
unbekannt	8 Personen

4.4.25 Trinkverhalten in der Zwischenphase

Bis auf eine Ausnahme konnten in allen Fällen Angaben zum Trinkverhalten der Patienten in der Zwischenzeit zwischen den Trinktours eruiert werden. Dabei gaben 13 Patienten an, in dieser Zeit total abstinenz zu leben, 14 Patienten tranken in geringen Maßen und konnten ihren Trinkkonsum kontrollieren. Von 3 Patienten wurde auch in den Zwischenräumen über massiven Alkoholkonsum berichtet, 13 Patienten zeigten variierend sowohl Phasen von Abstinenz wie Phasen kontrollierten Trinkens als auch solche mit massivem Alkoholabusus. °

Tab. 26 Trinkverhalten in der Zwischenphase

Abstinenz	13 Personen
kontrolliertes Trinken	14 Personen
massiver Konsum	3 Personen
variierend	13 Personen
unbekannt	1 Person

4.4.26 Frühere Behandlung des Alkoholismus

Die Aussagen zu diesem Aspekt beziehen sich auf in der Krankengeschichte einwandfrei nachweisbare beziehungsweise dokumentierte Behandlungen.

25 episodische Trinker sowie 37 Personen der Vergleichsgruppe wiesen keine vorhergehenden Therapien auf bzw. gaben sich als Fälle mit unzureichenden oder unsicheren Angaben zu erkennen.

Bei den episodischen Trinkern wurde darüber hinaus eine Aufgliederung nach einzelnen absolvierten Behandlungen durchgeführt, wobei häufig Mehrfachnennungen festgestellt wurden:

7 Patienten kamen aus teilweise langjähriger ambulanter ärztlicher Behandlung ins MPIP, 13 Patienten hatten bereits ein- oder mehrmalig einen ambulanten oder stationären Alkoholentzug absolviert. Versuche mit alkoholsensibilisierenden Mitteln (Disulfiram) hatten bei 5 Patienten stattgefunden, Erfahrungen mit Gruppentherapie (auch Selbsthilfegruppen) waren in 4 Fällen nachweisbar.

Bei 3 Personen fanden sich anamnestiche Hinweise auf eine absolvierte ärztlich oder psychologisch geleitete Alkoholentwöhnungstherapie (Langzeitbehandlung).

9 Patienten gaben an, in der Vorgeschichte selbst längere Phasen von Abstinenz und/oder kontrolliertem Trinken erreicht zu haben (sogenannte Selbstheilungsversuche).

Tab. 27 Frühere Behandlung des Alkoholismus bei Epsilon-Fällen
(Mehrfachnennungen möglich)

teilweise langjährige ärztl. Behandlung	7 Personen
ambulanter oder stationärer Alkoholentzug	13 Personen
alkoholsensibilisierende Mittel (Disulfiram)	5 Personen
Gruppentherapie (auch Selbsthilfegruppen)	4 Personen
Langzeitbehandlung unter ärztl. o. psycholog. Leitung	3 Personen
Selbstheilungsversuche	9 Personen
unbekannt oder unsicher	25 Personen

4.4.27 Sequenz der Trinkformen

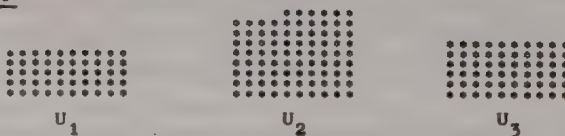
Hinsichtlich der Entwicklung des Trinkverhaltens untersucht, wurde bei den Fällen episodischen Alkoholismus eine Zuordnung zum am ehesten zutreffenden Typus versucht.

Dabei wurden 11 Fälle als "episodisches Trinken seit Beginn" angesehen, in 19 Fällen scheint sich der episodische Trinkstil aus vorhergegangenen Konflikttrinken, in 13 Fällen aus Gewohnheitstrinken entwickelt zu haben.

In einem Fall wurde ein Wechsel zwischen periodischem Trinken und Phasen längeren Sistierens des Alkoholmißbrauchs angetroffen.

Tab. 28	Bezeichnung	N	%
episodisches Trinken seit Beginn, "primärer" Epsilon-Alkoholismus	U_1	11	25
episodisches Trinken entwickelt aus Konflikttrinken	U_2	19	43
episodisches Trinken entwickelt aus vorgehendem Gewohnheitstrinken	U_3	13	30
nicht zuordenbar		1	

Abbildung 4



Eine weitergehende Untersuchung und ein Vergleich der hier gebildeten Untergruppen U_1 , U_2 und U_3 findet sich unter 4.7.

4.5 Alkoholfolgeerscheinungen bei Epsilon-Alkoholikern

4.5.1 Somatische, psychische, psychiatrische, soziale Folgen

Unter Zugrundelegung der Kategorien des Alkoholerhebungsbogens der Poliklinik des Max-Planck-Instituts wurden die wesentlichsten somatischen, psychischen, psychiatrischen und sozialen Folgeerscheinungen des Alkoholismus erfasst. Im Einzelnen ergaben sich für die nachfolgend genannten Items folgende Angaben:

Tabelle 29 <u>Alkoholfolgen</u>	n = 40		n = 40	
	Episod.	Alkoholiker	Vergleichsgruppe	
Appetitstörungen	22	55%	25	62,5%
Brechreiz, Erbrechen	16	40%	31	77,5%
Hyperhidrosis	26	65%	30	75%
Tachykardie	15	37,5%	18	45%
Diarrhoe	16	40%	13	32,5%
Tremor	29	72,5%	33	82,5%
Nächtl. Unruhe bzw.				
Schlafstörungen	34	85%	34	85%
Angst	30	75%	14	35%
Affektlabilität	20	50%	14	35%
Gedächtnisstörungen	14	35%	15	37,5%
Halluzinationen	6	15%	7	17,5%
Orientierungsstörungen	1	2,5%	5	12,5%
Eifersuchtsideen	2	5%	4	10%
Depress. Verstimmung	36	90%	20	50%
Erregungszustände	17	42,5 %	9	22,5%
alkohol. Palimpseste	26	65%	25	62,5%
Epileptische Anfälle	5	12,5%	11	27,5%
Delirium tremens	1	2,5%	11	27,5%
Halluzinose	3	7,5%	2	5%
Korsakow-Syndrom	-	-	1	2,5%
Abnormer Rausch	1	2,5%	1	2,5%

	Episod. Alkoholiker		Vergleichsgruppe	
Kontrollverlust	36	90%	35	87,5%
Psychische Abhängigkeit	36	90%	38	95%
Physische Abhängigkeit	18	45%	33	82,5%
Verwahrung, Entmündigung				
Pflegschaft etc.	2	5%	-	-
Führerscheinentzug	11	28%	10	25%
Arbeitsplatzverlust	8	22%	14	35%
Scheidung	8	22%	16	40%
	n = 40		n = 40	

4.5.2 Suicidale Handlungen

Eine Untersuchung dieser Merkmale erbrachte:

3 der 44 Epsilon-Patienten kamen wegen Selbstmordversuch (oder dringendem Verdacht auf Suicidversuch) zur Aufnahme ins MPI, 5 der 50 Patienten der Vergleichsgruppe.

Selbstmordversuche in der Vorgeschichte fanden sich bei je 6 Patienten beider Gruppen.

Bei der bekannt unterschiedlichen Häufigkeit suicidalen Handlungen zwischen Männern und Frauen bot es sich an, auch die zu untersuchenden 44 Patienten mit periodischem Alkoholabusus nach eventuellen Unterschieden zu untersuchen. Beobachtet werden konnte, daß von 17 weiblichen Patientinnen 6 Suicidhandlungen (35%) unternommen hatten, von 27 Männern dagegen nur 3 (11%). In der Vergleichsgruppe: Bei 21 Patientinnen 6 Suicidhandlungen (28,5%), bei 29 Patienten 5 (17%)

4.6 Anwendung des Münchner Alkoholismus Test (MALT) bei Epsilon-Alkoholikern.

Bei der Auswertung konnte auf die MALT-Bögen zurückgegriffen werden, die in sehr vielen Fällen Bestandteil der Krankenakten der Alkoholismusfälle des MPI waren.

Bei den 44 Epsilon-Fällen traf dies in 31 Fällen zu, bei der Zufallsstichprobe chronischer Alkoholiker in 43.

Die konkreten Ergebnisse der Häufigkeitsverteilungen und erreichten Summenwerte sind für die zu untersuchende Einheit und die Vergleichsgruppe in den Tabellen 30 - 36 dargestellt. Die Inhalte der einzelnen MALT-Items sind aus dem abgedruckten Exemplar des Tests (siehe Anlage) zu entnehmen.

Tabelle 31 Summenwerte im MALT-F bei Epsilon- Alkoholikern
und Vergleichsgruppe

Im Fremdbeurteilungsteil des MALT erreichten von den

	episodischen Trinkern n = 31	chronischen Trinkern n = 43
0 Punkte	1	2
4 "	14	12
8 "	12	10
12 "	3	14
16 "	1	4
20 "	-	-
24 "	-	-
28 "	-	1
Punkte F gesamt	204	388
Durchschnittswert	6,6	9

Tabelle 30 Häufigkeit der positiven Antworten für die einzelnen Items des MALT, absolut und relativ für episodische Trinker und Kontrollgruppe.

Episodische Trinker	Chronische Trinker
(N= 31)	(N= 43)

MALT-F

1	10	32%	24	56%
2	2	6%	6	14%
3	1	3%	11	25,5%
4	3	10%	24	56%
5	23	74%	12	28%
6	3	10%	8	19%
7	9	29%	12	28%

MALT-S

1	11	35%	27	63%
2	9	29%	25	58%
3	15	48%	27	63%
4	14	45%	31	72%
5	8	26%	23	53%
6	20	65%	19	44%
7	12	39%	25	58%
8	13	42%	24	56%
9	23	74%	31	72%
10	11	35%	15	35%
11	15	48%	13	30%
12	15	48%	19	44%
13	28	90%	33	77%
14	11	35%	24	56%
15	29	94%	38	88%
16	26	84%	25	58%
17	19	61%	33	77%
18	23	74%	29	67%
19	19	61%	33	77%
20	22	71%	25	58%
21	21	68%	23	53%
22	29	94%	42	98%
23	24	77%	27	63%
24	9	29%	22	51%

Tabelle 32. Summenwerte im MALT-S bei Epsilon-Alkoholikern und Vergleichsgruppe.

Für den Teil MALT-S ergaben sich folgende Häufigkeiten:

	Episodische Trinker n = 31	Chronische Trinker n = 43
0 Punkte		
1 "		
2 "		
3 "		
4 "	1	
5 "	1	
6 "	1	1
7 "		3
8 "	1	1
9 "	2	2
10 "	1	1
11 "	3	6
12 "	1	1
13 "	2	
14 "	4	7
15 "	1	1
16 "	3	2
17 "	2	3
18 "	3	4
19 "	3	3
20 "	2	
21 "		2
22 "		3
23 "		1
24 "		1
Punkte MALT-S gesamt:	426	633
Durchschnitt:	13,74	14,7

Tabelle 33. Summenwerte im MALT bei Epsilon-Alkoholikern und Vergleichsgruppe

Punktsumme MALT-F und S	Episodische Trinker n = 31	Chronische Trinker (Vergleichsgruppe) n = 43
6		
7		
8		1
9	1	
10		1
11		
12	2	2
13	1	1
14	2	1
15	3	1
16		2
17	2	1
18	1	
19		3
20	1	3
21	3	1
22	4	1
23	3	1
24	3	1
25		
26	1	1
27		4
28	2	
29		
30	1	2
31		3
32		4
33		3
34		2
35	1	3
		1
Punktsumme total:	630	1021
Durchschnittswert:	20,3	23,74

Tabellen 34 - 36 MALT-S, relative prozentuale Häufigkeit positiver Nennungen zur Diagnose von:

- Trinkverhalten und Einstellung zum Trinken (Tabelle 34)
- alkoholbedingten psychischen und sozialen Beeinträchtigungen (Tabelle 35)
- somatischen Störungen (Tabelle 36)

Tabelle 34

Item-Nummer	Episodische Tr. n = 31	Chronische Tr. n = 43
3	48	63
5	26	53
6	65	44
8	42	56
12	48	44
14	35	56
15	94	88
16	84	58
17	61	77
18	74	67
19	61	77
22	94	98
Durchschnitt:	61,0	65,1

Tabelle 35

Item-Nummer	Episodische Tr. n = 31	Chronische Tr. n = 43
4	45	72
7	39	58
10	35	35
11	48	30
13	90	77
20	71	58
21	68	53
23	77	63
24	29	51
Durchschnitt:	55,7	55,2

Tabelle 36

Item-Nummer	Episodische Tr. n = 31	Chronische Tr. n = 43
1	35	63
2	29	58
9	74	72
Durchschnitt:	46,0	64,3

4.7 Aufgliederung der episodischen Alkoholiker in drei Untergruppen

Wie unter 4.4.27 dargelegt und in 5.3.22 diskutiert, wurde eine Unterscheidung der untersuchten Personen, die als episodische Trinker zu charakterisieren waren, hinsichtlich der Sequenz bzw. der Entwicklungsgeschichte ihres Trinkstils durchgeführt.

Von den 44 Versuchspersonen konnte eine nicht eindeutig einem der nachfolgenden Entstehungsmuster zugeordnet werden, 11 wurden als "primäre" episodische Alkoholiker bezeichnet, da ihr Trinkstil von Beginn an bis zum momentanen Zeitpunkt unverändert als episodischer imponierte.

Bei insgesamt 19 Versuchspersonen scheint sich das episodische Trinkmuster aus einem vorhergehenden Konflikttrinken herauskristallisiert zu haben, bei 13 Versuchspersonen wurde vor Beginn des episodischen Trinkens längerfristiger gewohnheitsmäßiger Alkoholabusus beschrieben.

Gebildet wurden deshalb nach diesem Kriterium der Sequenz des Trinkverhaltens drei Untergruppen, wobei versucht wurde, zu untersuchen, ob sich die Mitglieder der jeweiligen Untergruppe auch in den anderen im Fragebogen erfaßten Aspekte ähnlich sind, bzw. ob relevante und signifikante deskriptive Unterscheidungsmerkmale festzustellen sind, die den einzelnen Untergruppen zuzuordnen sind.

Unter 4.7.1.1 bis 4.7.1.22 finden sich anschließend die gefundenen Ergebnisse in absoluten und relativen Zahlen; im Anhang (Seite 170 ff) einige statistische Berechnungen für einzelne Items auf dem 1%- bzw. 5%-Signifikanzniveau und dazugehörige Bemerkungen.

Fischer-Lancaster Skalierung mit Korrelations- und Kontingenzkoeffizientenberechnungen (Roy-Test) (HARTUNG 167)

4.7.1 Trinkverhalten und Trinkkarriere, soziographische,
anamnetische Daten, aufgegliedert nach Untergruppen.

4.7.1.1 Verteilung zwischen Männern und Frauen, bezogen
auf die drei gebildeten Untergruppen

Tabelle 37

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker gesamt
Männer	5 / 45%	10 / 53%	11 / 85%	26 / 60%
Frauen	6 / 55%	9 / 47%	2 / 15%	17 / 40%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.2 Beginn des Alkoholabusus

Tabelle 38

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker gesamt
Vor d. 16. Lj.	0 / 0%	1 / 5%	0 / 0%	1 / 2%
16. -20. Lj.	4 / 36%	3 / 16%	1 / 7%	8 / 19%
21. -30. Lj.	3 / 27%	9 / 47%	7 / 54%	19 / 44%
31. -40. Lj.	3 / 27%	6 / 33%	2 / 15%	11 / 26%
41. -50. Lj.	-	-	1 / 7%	1 / 2%
51. -60. Lj.	-	-	-	-
nach d. 60. Lj.	-	-	-	-
unbekannt	1 / 9%	-	2 / 15%	3 / 7%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.3 Frequenz des Alkoholabusus

Tabelle 39

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker gesamt
tägl. Konsum	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
fast tägl. Kons.	1 / 9%	1 / 5%	0 / 0%	2 / 5%
epis. Mißbr.	10 / 90%	17 / 90%	9 / 69%	36 / 84%
streng period. Trinken	0 / 0%	1 / 5%	4 / 31%	5 / 12%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.4 Alkoholkonsum in den letzten beiden Jahren

Tabelle 40

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker gesamt
gleichbleibend	3 / 27%	7 / 37%	4 / 31%	14 / 33%
ansteigend	6 / 55%	7 / 37%	5 / 38%	18 / 42%
abnehmend	1 / 9%	3 / 16%	3 / 23%	7 / 16%
unbekannt	1 / 9%	2 / 11%	1 / 7%	4 / 9%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.5 Täglicher Trinkbeginn

Tabelle 41

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker gesamt
nur zu d. Mahl- zeiten	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
ab morgens diffus	2 / 18%	4 / 21%	7 / 54%	13 / 30%
ab mittags dif.	1 / 9%	3 / 16%	1 / 7%	5 / 12%
ab abends dif.	4 / 36%	5 / 26%	2 / 15%	11 / 26%
unbekannt	4 / 36%	7 / 37%	3 / 23%	14 / 33%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.6 Trinkpausen

Tabelle 42

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
niemals / negiert	4 / 36%	4 / 21%	3 / 23%	11 / 26%
1 x weniger als 1 Monat	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
1 x für 1-6 Mo- nate	0 / 0%	2 / 10%	0 / 0%	2 / 5%
1 x für mehr als 6 Monate	0 / 0%	2 / 10%	1 / 7%	3 / 7%
mehrmals weniger als 1 Monat	2 / 18%	5 / 26%	0 / 0%	7 / 16%
mehrmals für 1-6 Monate	3 / 27%	5 / 26%	7 / 54%	15 / 35%
mehrmals für mehr als 6 Monate	1 / 9%	0 / 0%	1 / 7%	2 / 5%
unbekannt	1 / 9%	1 / 5%	1 / 7%	3 / 7%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.7 Rauschtrinken

Tabelle 43

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
negiert	2 / 18%	2 / 11%	1 / 8%	5 / 12%
weniger als 1 x monatlich	5 / 45%	9 / 47%	4 / 31%	18 / 42%
1-3 x monatlich	4 / 36%	4 / 21%	7 / 54%	15 / 35%
1-3 x wöchentlich	0 / 0%	2 / 11%	0 / 0%	2 / 5%
(fast) täglich	0 / 0%	1 / 5%	0 / 0%	1 / 2%
unbekannt	0 / 0%	1 / 5%	1 / 8%	1 / 2%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.8 Trinkgesellschaft

Tabelle 44

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
vorwiegend alleine	5 / 45%	12 / 63%	7 / 54%	24 / 56%
vorw. mit Partner	0 / 0%	2 / 10%	0 / 0%	2 / 4%
vorw. in Gesellsch. gleichbleib. Gruppe	2 / 18%	1 / 5%	3 / 23%	6 / 12%
vorw. in Gesellsch. wechselnde Gruppe	2 / 18%	1 / 5%	0 / 0%	3 / 7%
keine Bevorzugung	2 / 18%	3 / 16%	3 / 23%	8 / 19%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.9 Trinkorte

Tabelle 45

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
vorwiegend zu Hause	5 / 45%	7 / 37%	6 / 46%	18 / 42%
vorw. in Gaststätte	4 / 36%	3 / 16%	3 / 23%	10 / 23%
vorw. Betrieb	0 / 0%	1 / 5%	2 / 15%	3 / 7%
vorw. Vereine	-	-	-	-
vorw. sonstige Orte	-	-	-	-
diffus	2 / 18%	8 / 42%	2 / 15%	12 / 28%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.10 Art der alkoholischen Getränke

Tabelle 46

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker
vorwiegend Bier	3 / 27%	3 / 16%	5 / 38%	11 / 26%
vorw. Weiß-/Rotwein	3 / 27%	3 / 16%	1 / 8%	7 / 16%
vorw. Süd- und Rot- wein	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
vorw. Wermuthwein	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
vorw. Sekt	1 / 9%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 2%
vorw. Schnaps	0 / 0%	0 / 0%	4 / 31%	4 / 9%
vorw. Cocktails	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
keine Bevorzugung	4 / 36%	13 / 68%	3 / 23%	20 / 47%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.11 Tägliche Alkoholmenge

Tabelle 47

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker
< 100 ml	1 / 9%	1 / 5%	1 / 7%	3 / 7%
100 - 200 ml	2 / 18%	3 / 16%	1 / 7%	6 / 14%
200 - 300 ml	3 / 27%	7 / 37%	3 / 23%	13 / 30%
300 - 400 ml	3 / 27%	1 / 5%	3 / 23%	7 / 16%
400 - 500 ml	1 / 9%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 2%
> 500 ml	0 / 0%	0 / 0%	1 / 7%	1 / 2%
unbekannt	1 / 9%	7 / 37%	4 / 31%	12 / 28%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.12 Berufszugehörigkeit

Gliedert man die Mitglieder der einzelnen Untergruppen hinsichtlich der erlernten (Tab. 48) und der momentan ausgeübten (Tab. 49) Berufszugehörigkeit, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 48 Erlernte Berufe

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
Arbeiter	4 / 36%	2 / 11%	1 / 8%	7 / 18%
Angestellte	6 / 55%	10 / 53%	9 / 69%	25 / 57%
Selbständige, Frei- berufler	1 / 9%	1 / 5%	2 / 15%	4 / 9%
Soldat	-	-	1 / 8%	1 / 2%
noch in Ausbildung	-	2 / 11%	-	2 / 5%
Rentner	-	-	-	-
Arbeitslos	-	-	-	-
Hausfrau ohne Neben- beschäftigung	-	4 / 21%	-	4 / 9%
Hausfrau mit Neben- beschäftigung	-	-	-	-
unbekannt	-	-	-	-
	n = 11	n = 19	n = 11	n = 43

Tabelle 49 Ausgeübter Beruf

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
Arbeiter	4 / 36%	0 / 0%	2 / 15%	6 / 14%
Angestellter	3 / 27%	7 / 37%	5 / 38%	15 / 34%
Selbständige, Frei- berufler	-	5 / 26%	3 / 23%	8 / 20%
Soldat	-	-	1 / 8%	1 / 2%
noch in Ausbildung	-	2 / 11%	-	1 / 2%
Rentner	1 / 9%	-	-	1 / 2%
Arbeitslos	-	1 / 5%	1 / 8%	2 / 4%
Hausfrau o. Nebenbe.	2 / 18%	4 / 21%	1 / 8%	7 / 16%
Hausfrau m. Nebenbe.	1 / 9%	-	-	1 / 2%
unbekannt	-	-	-	-
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.13 Beginn des episodischen Trinkens

Tabelle 50

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
seit 1 Monat	-	1 / 5%	-	1 / 2%
seit 2 - 6 Monaten	-	-	1 / 8%	1 / 2%
seit 7 -12 Monaten	-	-	-	-
seit 1 - 2 Jahren	1 / 9%	1 / 5%	1 / 8%	3 / 7%
seit 3 - 5 Jahren	2 / 18%	7 / 36%	3 / 23%	2 / 29%
seit mehr als 5 Jahren	8 / 73%	10 / 53%	8 / 62%	26 / 59%
unbekannt	-	-	-	-
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.14 Prodromalerscheinungen

Die in 4.4.18 beschriebenen Prodromalsignale waren auf
die gebildeten 3 Untergruppen wie folgt verteilt:

Tabelle 51

	U ₁	U ₂	U ₃
	4 / 36%	3 / 16%	4 / 31%
	n = 11	n = 19	n = 13

4.7.1.15 Auslösesituationen

Bei der Frage nach den wichtigsten Auslösefaktoren (Mehrfachnennungen) ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 52

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker, gesamt
Verstimmungszustand	3	1	3	7
Stress	1	6	0	7
Sozialer Druck, Ehe, Familie	1	8	3	12
Sozialer Druck, Arbeitsplatz	1	7	-	8
Wochenendsituation	1	2	-	3
Verführungssituation	-	1	2	3
Isolation, Vereinsamung	1	4	1	6
Sonstige Auslöser	1	6	4	11
Unbekannt	6	1	6	13

4.7.1.16 Anzahl der charakteristischen Trinkepisoden

Tabelle 53

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker, gesamt
erste Episode	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
2 - 5 Episoden	1 / 9%	0 / 0%	1 / 8%	2 / 5%
6 -10 Episoden	1 / 9%	2 / 11%	0 / 0%	3 / 7%
11-20 Episoden	1 / 9%	1 / 5%	1 / 8%	3 / 7%
mehr als 20 Episod.	7 / 64%	7 / 37%	7 / 54%	21 / 49%
unbekannt	1 / 9%	9 / 47%	4 / 21%	14 / 33%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.17 Entwicklungstendenzen der Trinkphasen

Tabelle 54

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
gleichbleibend	2 / 18%	2 / 11%	3 / 23%	7 / 16%
kürzer werdend	1 / 9%	-	-	1 / 2%
länger werdend	1 / 9%	-	1 / 8%	2 / 5%
variiert	6 / 55%	14 / 74%	7 / 54%	27 / 63%
unbekannt	1 / 9%	3 / 16%	2 / 15%	6 / 14%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.18 Phasenlänge

Tabelle 55

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
wenige Stunden	-	1 / 5%	-	1 / 2%
1 Tag	5 / 45%	6 / 32%	3 / 23%	14 / 33%
2 - 4 Tage	4 / 36%	8 / 42%	7 / 54%	19 / 44%
5 - 7 Tage	1 / 9%	1 / 5%	2 / 15%	4 / 9%
8 - 14 Tage	-	-	-	-
2 - 4 Wochen	-	1 / 5%	-	1 / 2%
länger als 4 Wochen	1 / 9%	-	-	1 / 2%
unbekannt	-	2 / 11%	1 / 8%	3 / 7%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.19 Entwicklungstendenzen der Zwischenphasen

Tabelle 56

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
gleichbleibend	1 / 9%	4 / 21%	2 / 15%	7 / 16%
kürzer werdend	2 / 18%	2 / 11%	1 / 8%	5 / 12%
länger werdend	-	-	3 / 23%	3 / 7%
variiert	7 / 64%	12 / 63%	7 / 54%	26 / 60%
unbekannt	1 / 9%	1 / 5%	-	2 / 5%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.20 Länge der Zwischenphasen

Tabelle 57

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
bis 1 Woche	-	-	-	-
1 - 2 Wochen	-	2 / 11%	2 / 15%	4 / 9%
2 - 4 Wochen	5 / 45%	4 / 21%	2 / 15%	11 / 26%
4 - 8 Wochen	3 / 27%	2 / 11%	5 / 38%	10 / 23%
12 Wochen	-	3 / 16%	1 / 8%	4 / 9%
länger als 12 Wochen	2 / 18%	3 / 16%	1 / 8%	6 / 14%
unbekannt	1 / 9%	5 / 26%	2 / 15%	8 / 19%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.21 Trinkverhalten in den Zwischenphasen

Tabelle 58

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
Abstinenz	2 / 18%	7 / 37%	4 / 31%	13 / 30%
Kontroll. Trinken	5 / 45%	6 / 33%	3 / 23%	14 / 33%
variiert	2 / 18%	5 / 26%	5 / 38%	12 / 28%
massiver Konsum	2 / 18%	-	1 / 8%	3 / 7%
unbekannt	-	1 / 5%	-	1 / 2%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.1.22 Frühere Behandlung des Alkoholismus

Bei der Frage nach früheren Behandlungen des Alkoholismus ergaben sich hinsichtlich der verschiedenen Formen (ambulante, stationäre Behandlung, Langzeitbehandlungen usw.) keine signifikanten Unterschiede. Interessant ist jedoch der Prozentsatz der Patienten pro Gruppe, die vorhergehende Behandlungen verneinten bzw. von denen zu dieser Frage keine präzisen Angaben zu eruieren waren.

Tabelle 59

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
vorhergehende Be- handlung	1 / 9%	8 / 43%	9 / 69%	17 / 40%
keine vorhergehen- de Behandlung	10 / 91%	11 / 57%	4 / 21%	26 / 60%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

4.7.2 Alkoholfolgeerscheinungen bei den einzelnen Untergruppen episodischer Alkoholiker

4.7.2.1 Somatische, psychische, psychiatrische, soziale Folgen

Die in 4.5 referierten relativen Bejahungshäufigkeiten des Gesamt-Itempools "Alkoholfolgeerkrankungen" wurden gemäß der Aufteilung der episodischen Trinker in die bereits genannten Untergruppen berechnet. Dabei ergaben sich folgende Angaben:

Tabelle 60 : Alkoholfolgeerscheinungen, aufgeteilt nach Untergruppen in Prozentsätzen:

	U ₁ n = 11	U ₂ n = 19	U ₃ n = 13	Episodische Alko- holiker, gesamt n = 43
Appetitstörungen	55	42	69	55
Brechreiz, Erbrechen	55	26	54	44
Hyperhidrosis	64	53	62	65
Tachykardie	27	42	31	37,5
Diarrhoe	27	37	46	40
Tremor	55	74	62	72,5
Nächtliche Unruhe / Schlafstörungen	64	74	92	85
Angst	45	63	69	75
Affektlabilität	36	68	38	50
Gedächtnisstörungen	18	32	54	35
Halluzinationen	9	11	15	15
Orientierungsstö- rungen	9	-	-	2,5
Eifersuchtsideen	9	11	-	5
Depressive Verstimm.	81	74	85	90
Erregungszustände	45	32	46	42,5
alkoh. Palimpseste	64	53	62	65

(Forts. Tab. 60)

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alkoholiker, gesamt
Epileptische Anfälle	18	5	23	12,5
Delir	9	-	-	2,5
Halluzinose	9	-	15	7,5
Korsakow-Syndrom	-	-	-	-
Abnormer Rausch	-	5	-	2,5
Kontrollverlust	81	74	92	90
Psychische Abhängigkeit	64	89	85	90
Physische Abhängigkeit	36	47	31	45
Verwahrung, Entmündigung, Pflegschaft etc.	-	11	-	4,5
Führerscheinverlust	18	21	31	28
Arbeitsplatzverlust	9	21	23	22
Scheidung	18	21	15	22

4.7.2.2 Suicidale Handlungen

Hier ergab die Aufteilung folgendes Bild:

Von den insgesamt 9 Patienten, die wegen Selbstmordversuche (oder dringendem Verdacht) zur Aufnahme kamen (3 Patienten) bzw. bei denen sich Selbstmordversuche in der Vorgeschichte fanden (6 Patienten), waren 3 der Untergruppe U₁ zuzuordnen, 6 der Untergruppe U₂, 0 der Untergruppe U₃.

In Relation gesetzt zur Größe der Untergruppen wären somit folgende Häufigkeiten zu errechnen:

U₁: 27%, U₂: 32%, U₃: 0%; episodische Trinker gesamt: 20%

Eine weitergehende Untersuchung der Frequenz suicidalen Handlungen, wie in 4.5.2 nach Geschlechtern getrennt, ist in Anbetracht der geringen Fallzahl pro Untergruppe statistisch nicht mehr sinnvoll.

5. Diskussion der erhaltenen Befunde

5.1. Die Häufigkeit des episodischen Alkoholismus

Versucht man, das Problem des episodischen Alkoholismus zu quantifizieren, stößt man auf erhebliche Schwierigkeiten.

Nur die wenigsten Autoren, die sich mit Alkoholismus befassen, äußern mehr als vage Vermutungen über die zahlenmäßige Bedeutung des Problems. In Arbeiten, die sich eine quantitative Abschätzung der Alkoholismusraten zur Aufgabe gestellt haben (z.B. 4, 36), wird im wesentlichen auf die zahlenmäßig erheblich größere Problematik der chronischen Alkoholismusformen eingegangen, konkrete Zahlen über periodischen Alkoholismus sind nur in Ausnahmefällen zu erhalten.

Als ausdrücklich "selten" oder sogar "sehr selten" wird episodischer Alkoholismus von HENKE (58), GUISLAIN (54) und in neuerer Zeit von JÄHNIG (67) bezeichnet.

HOPPE (61) zitiert 1912 ältere englische Arbeiten mit unterschiedlichen Angaben: "Nach CROTHERS gehören mehr als 60% aller Trinker in die Kategorie der periodischen Trinker. (?) Nach LEWIS MASON waren von 600 Trinkern des Trinkerasyls Fort Hamilton 242 = 40,3% periodische Trinker, in Dalrymple Home unter 305 entlassenen Trinkern 98 = 33,1%, während NORMANN KERR bei mehr als 1500 Fällen aus seiner Praxis höchstens 1% gefunden hat."

Es ist klar, daß derartige Diskrepanzen nicht zufälliger Natur sein können, sondern auf unterschiedlichen Definitionen der zugrundeliegenden Begriffe beruhen.

Wer zum Beispiel MAPOTHERS (98) Meinung vertritt, daß "periodic dipsomania rarely survives examination," daß es sie eigentlich gar nicht gibt, wird sie auch nicht oft diagnostizieren. Wer, wie McCULLOUGH (103), das Phänomen des "periodischen Trinkmusters" im weitesten Sinne untersucht, kann durchaus

bei "50% von 531 alkoholkranken Männern und 56% von 167 alkoholkranken Frauen" dieses Symptom feststellen, muß sich allerdings im klaren sein, daß dies nicht etwa alles Epsilon-Alkoholiker sind, sondern periodisches Trinken auch im Verlauf anderer Alkoholismusformen vorkommen kann bzw. auch bei exzessivem, gelegentlichen Alkoholabusus ohne Krankheitswert im Sinne der JELLINEK'schen Terminologie zu beobachten ist; ("occasional excess" (73)).

Berücksichtigt man die Abhängigkeit der Verteilung der Alkoholismusformen, die ja alle auch einen soziokulturellen Anstrich tragen (32), von Trinksitten (159), Moralvorstellungen und sonstigen Einflüssen des sozialen Umfeldes (94), vielleicht sogar vom Prozentgehalt an reinem Alkohol der bevorzugt genossenen Alkoholika (KOROWIN, zitiert nach PISK (121)), dürfte es schwierig sein, statistisch signifikante, relevante Vergleichsmaßstäbe für eine relativ kleine Unterform des Alkoholismus formulieren zu können.

In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, daß die Dipsomanie sicherlich nicht zufällig erstmalig in Rußland beschrieben worden ist (siehe historischer Teil). Bereits KRAEPELIN (82) und HENKE (58) weisen darauf hin, daß nach ihren Angaben dieser Typus wesentlich häufiger dort als in Deutschland gefunden wird. Nach Angaben von LUSTIG (93), der wissenschaftliche Arbeiten aus der Sowjetunion über Alkoholismus referiert, finden BORINEVIC und GOFMAN in der dortigen Trinkerpopulation 25,5% Pseudodipsomanen (regelmäßiges Trinken mit mehrtägigen Sauf Touren) und 18,7% mit zyklischem Trinken (mit wachsender Intoleranz und zunehmenden psychosomatischen toxischen Erscheinungen).

Weiterhin kommt hinzu, daß wesentliche Aussagen über episodischen Alkoholismus zu Zeiten gemacht wurden, als dafür noch der Name Dipsomanie gebräuchlich war, d.h. es gilt

auch, den intrakulturellen, aber zeitlichen Wandel (148) der Einstellungen zum Alkoholgenuß bzw. -mißbrauch zu bedenken, wenn man Aussagen aus dem vorigen Jahrhundert mit heutigen vergleicht. Bereits Ende des vergangenen Jahrhunderts war bekannt, daß der "Alkoholmißbrauch unserer Ahnen in vorübergehenden Trinksuchtsorgien, die moderne Trunksucht in chronischem Alkoholismus" besteht. FOREL (141). Auch in der Sowjetunion, schreibt LUSTIG (94), werden die Quartalssäufer jetzt rarer. Der "social alcoholic" (9) unserer Tage verfügt permanent über Alkohol; Nüchternheitsphasen, aus Gründen der Alkoholverfügbarkeit aufgezwungen, kommen kaum mehr vor.

Konkrete Zahlenangaben sind aus diesen Gründen einzig interessant und relevant, wenn sie aus neueren Abhandlungen stammen. Durch dieses Auswahlkriterium verringert sich allerdings die Anzahl auswertbarer Studien erheblich.

HOEGG (59) findet unter 26 behandelten Alkoholikern, deren langfristige Rehabilitation am Arbeitsplatz er beschreibt, zwei Epsilon-Trinker. (Dies entspricht einem Prozentwert von 7,7; wobei natürlich derartige Aussagen wegen der sehr kleinen Stichprobe kaum repräsentativ sein können).

In einer französischen Übersichtsarbeit aus dem Jahre 1983 von MALKA, FOUQUET und VACHONFRANCE (97) findet sich eine Häufigkeitsangabe von 1 - 5% bei den männlichen, aber bis zu 15% bei den weiblichen episodischen Trinkern, den sogenannten "somalcooles", bezogen auf die gesamte Alkoholikerpopulation! (Keine Angaben über Untersuchungsgrundgesamtheit)

ZAPOTOCZKY (165) untersucht Rückfälle von behandelten Alkoholikern. Von 176 Patienten, die er untersucht, sind 63 Patienten Delta-Trinker, 75 Patienten Gamma-Trinker, 25 Patienten werden als Mischtypen bezeichnet, 13 Patienten als Epsilon-Trinker. Es ergibt sich für letztere ein Prozentwert von 7,5%.

WANKE et al. (153) untersuchen über einen Zeitraum von einem halben Jahr in neun westdeutschen Kliniken alle wegen Sucht oder Mißbrauch von Alkohol, Arzneimitteln oder Rauschmitteln aufgenommenen Patienten. Von insgesamt 2400 Kranken werden

1574 Suchtkranke in die Studie genommen, 305 davon sind keine Alkoholiker. Gewohnheitstrinker sind 203; chronische Trinker 893; episodische Trinker 114. Von insgesamt 1574 Suchtkranken erfüllen somit 7,3% die Kriterien der periodischen Form des Alkoholismus.

Die Übereinstimmung der Ergebnisse dieser mit zur Verfügung stehenden Untersuchungen ist, abgesehen von allen versuchstheoretischen und statistischen Einwänden, die sicher bei allen diesen Studien zulässig sind, doch erstaunlich.

Die vorliegende Untersuchung kam nach Aufarbeitung eines sechsjährigen Untersuchungsintervalls in einer Klinik zu einem Wert von 4,82%, wobei die Angaben pro Jahr aufgeschlüsselt zwischen 4,03% und 5,48% differierten.

Vergleiche der Zahlenwerte mit den Angaben anderer Veröffentlichungen, die sich zum Teil auf Untersuchungen an Patienten des gleichen Instituts (das heißt im Prinzip auf unterschiedliche Zufallsstichproben aus ähnlichen Patientengrundgesamtheiten) stützten, zeigten, daß sich zwar alle Aussagen zum Vorkommen dieser Alkoholismusform in einer ähnlichen Bandbreite bewegten, je nach gezogener Stichprobe oder Ausrichtung der Untersuchung doch in der Höhe schwankten:

RICHTER (126) erprobt 1976 einen neuen diagnostischen Fragebogen an männlichen Alkoholikern. Er untersucht dazu Patienten aus einer Alkoholiker-Fachklinik, einem psychiatrischen Bezirkskrankenhaus und der Poliklinik des MPI und findet bei der Frage nach der Alkoholismusform insgesamt 4,2% Epsilon-Alkoholiker. (Fachklinik 7,5%; Bezirksklinik 2,5%; MPI 2,5%)

FINKE (43) findet 1980 bei einer Untersuchung über Alkoholismus bei Frauen bei diesen einen Anteil von 10% Epsilon-Alkoholikerinnen, wobei die Zahlen je nach unter-

suchter Klinik (Fachkrankenhaus 5%; Bezirksklinik 17,5%; MPIP 7,5%) variieren. Eine Vergleichsgruppe alkoholkranker Männer wird untersucht und hier ein Anteil von 4,17% episodischer Trinker gefunden.

STÜRMER (143) typisiert 1982 in einer "katamnestischen Untersuchung zu Anamnese und Therapie von alkoholkranken Patienten" an der psychiatrischen Poliklinik des MPI die von ihr untersuchten Patienten nach JELLINEKs Schema und stuft 6% (6,4% der weiblichen und 5,7% der männlichen Angehörigen) ihres Patientenkollektives als episodische Trinker ein.

Sicherlich muß an eine spezielle Patientenauswahl des Max-Planck-Instituts gedacht werden, wenn hier durchgehend weniger Epsilon-Fälle gefunden werden als andernorts. (In dieser Richtung äußern sich auch die zitierten Untersucher.)

Tab. 61: Angaben zur Häufigkeit der Epsilon-Alkoholiker

Untersucher	N	Epsilon-Alkoholiker	
HOEGG	26		7,7 %
MALKA et al.		weibl. Patienten	bis 15,0 %
		männl. Patienten	1-5 %
ZAPOTOCZKY	176		7,5 %
WANKE et al.	1574		7,3 %
RICHTER	120		4,2 %
STÜRMER	283		6,0 %
		weibl. Patienten	6,4 %
		männl. Patienten	5,7 %
FINKE		weibl. Patienten	10,0 %
		männl. Patienten	4,17%
eigene Erhebung	44		4,82%

JELLINEKs unter 2.1 bereits zitierte, den Epsilon-Alkoholismus betreffende Warnung berücksichtigend, daß mit Häufigkeitsabschätzungen in Anbetracht des geringen Kenntnisstandes über die "am wenigsten bekannte Spezies des Alkoholismus" (73) vorsichtig umgegangen werden muß, läßt die Vermutung ableiten, daß Aussagen zu diesem Problem, die im Zuge andersgearteter Untersuchungen eher am Rande und beiläufig gewonnen beziehungsweise veröffentlicht werden, mit Vorsicht zu behandeln sind, vor allem, wenn die Angaben erheblich von den zitierten Werten in Richtung eines höheren Vorkommens abweichen.

In der vorliegenden Untersuchung konnte jedenfalls deutlich MARCONIs (99) Annahme, daß "diese Form des Alkoholismus die mit der geringsten Häufigkeit in der allgemeinen Bevölkerung" ist, bestätigt werden.

5.2 Geschlechtsunterschiede

Die in 4.3 dargestellte Verteilung der Fälle episodischen Alkoholismus zwischen Männern und Frauen in der ungefähren Relation von 3 zu 2 überrascht nicht:

Zu berücksichtigen ist der allgemein feststellbare Trend einer erheblichen Steigerung des Frauenalkoholismus (siehe zum Beispiel 37), der sich sicherlich auch im Kollektiv der untersuchten Patienten manifestiert.

Wenngleich Aufnahmeverhältnisse zwischen Männern und Frauen von 1 zu 1, wie von RIETH (127) für das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten angegeben, noch Ausnahmen sein dürften, ist doch davon auszugehen, daß die in der "Psychiatrie-Enquete" (31) 1975 genannten Zahlen von 20% weiblicher Alkoholiker in den bayerischen und 25% in nordrheinwestfälischen Landeskrankenhäusern vermutlich den untersten Rand der realen Verhältnisse kennzeichnen.

Die rapide Zunahme der Zahl der Alkoholikerinnen drückt sich auch in der Kontrollgruppe aus, wo ein Verhältnis von 58% Männern zu 42% Frauen vorgefunden wurde.

Es läßt sich nicht mit Signifikanz belegen, ob der etwas geringere Anteil weiblicher Patienten in der Untersuchungsgruppe in Relation zur Kontrollgruppe durch die besonderen Affinitäten der untersuchten Alkoholismusform zu besonderen Patientenpersönlichkeiten - und damit vielleicht zur Geschlechtszugehörigkeit - bedingt ist bzw. inwieweit der geschilderte Trend, der auch die vorliegende Erhebung überlagert, für die unterschiedliche Verteilung verantwortlich zu machen wäre.

Aus der Literatur sind zu dieser Problematik folgende Bemerkungen zu zitieren:

PISK (121) hat sich 1936 mit "Dipsomanie bei Frauen" befaßt und bei der Frage, ob diese Krankheit bei Männern und Frauen gleichhäufig vorkommt, einen erstaunlichen Fund gemacht: Bei französischsprachigen Autoren, ESQUIROL (33), MAGNAN (96), LEGRAIN (89), sind überwiegend weibliche Patienten aufgeführt, bei der "deutschen Schule" der Dipsomanieforschung findet er, daß "die periodische Trunksucht bei Männern häufiger als bei Frauen" ist. (47) (Die Betonung des häufigeren Vorkommens bei Frauen ist auch 1983 in der bereits mehrfach zitierten französischen Übersichtsarbeit "Alcoologie" (97) noch zu finden.) (Siehe dazu Tab. 61, zur Häufigkeit des episodischen Alkoholismus).

GAUPP (47) widerspricht MAGNANs Vorstellung, daß die Dipsomanie offensichtlich eine "von den Geschlechtsvorgängen determinierte Geschlechtsdisposition" aufweist und deswegen bei Frauen häufiger zu sehen sei. Dessen Verteilung erklärt er sich aus der Tatsache, daß MAGNAN auch die bei Menstruationsstörungen, Schwangerschaft, Wochenbett und Klimakterium zu beobachtende Trinkneigung der Frauen zur Dipsomanie gerechnet habe und hält diese Phänomene eher für ein die sedativen und analgetischen Potenzen des Alkohols nützendes Zwecktrinken:

"Die Gelüste der Hysterischen und Schwangeren sind bei genauer Beobachtung mit der Dipsomanie nicht zu verwechseln. Die Trinkexcesse bei schmerzhafter Menstruation und bei klimakterischen Beschwerden sind meist anderer Art, dienen der Bekämpfung organisch begründeter körperlicher Störungen, haben also denselben Zweck wie der Genuss des Morphiums bei schmerzhaften Leiden; sie sind psychologisch motiviert; nur in einzelnen Fällen handelt es sich um echte Dipsomanie, deren Anfälle mit den Geschlechtsvorgängen des Weibes zeitlich zusammenfallen." (47)

GAUPPs Beurteilung findet auch 1955 die Unterstützung von SOLMS (139).

Aus neuerer Zeit ist hierzu noch eine Erhebung aus Polen zu erwähnen. RACHOWSKI (123) findet unter 150 periodischen Alkoholikern ein deutliches Übergewicht des Anteils der Männer und kann nur 11 Frauen mit den typischen Symptomen des Epsilon-Alkoholismus anführen.

5.3 Zum klinischen Bild des episodischen Alkoholismus: Trinkverhalten und Trinkkarriere.

5.3.1 Vergleich episodische/chronische Trinker

Signifikante Abweichungen zwischen den Angaben der episodischen und der chronischen Alkoholiker konnten in einer Reihe von klinisch-psychiatrischen Parametern nachgewiesen werden:

5.3.1.1 Herkunft aus den klassischen Alkoholberufen

Nur 6,8% der Epsilon-Alkoholiker, dagegen 20% der chronischen Trinker rekrutierten sich aus diesem Gefährdungsbereich. (4.4.1)

5.3.1.2 Zeitpunkt des Beginns des Alkoholabusus

Gliedert man die in Tabelle 5 (4.4.3) dargestellten Angaben zum Beginn des mißbräuchlichen Trinkens nach sinnvollen Trennpunkten, ergibt sich, daß bis zum 20. Lebensjahr von den chronischen Trinkern bereits 46%, von den episodischen dagegen nur 20% mit ihrem Alkoholabusus begonnen haben. Erst nach diesem Zeitpunkt, teilweise erst erheblich danach, beginnen von den chronischen Trinkern 50%, von den episodischen dagegen 72%.

Die im allgemeinen Teil (3.2.3) zitierte Beobachtung, daß die charakteristischen Trinktouren zumeist erstmalig im 3. oder 4. Lebensjahrzehnt zu beobachten sind, bestätigt sich auch in vorliegender Erhebung.

(Siehe hierzu Abbildung 4: Graphische Darstellung des Zeitpunktes des Beginns des Alkoholabusus)

Die Erkenntnis, daß auch 27% der episodischen Trinker Trinkpausen generell verneinen, ist auch in Zusammenhang mit verschiedenen, weiter unten noch aufgegriffenen Aspekten (Trinkverhalten der episodischen Alkoholiker in den Zwischenräumen zwischen den charakteristischen Exzessen, Grenzziehung zwischen episodischem und chronischem Trinkstil etc.) festhaltenswert.

5.3.1.5 Sogenanntes Rauschtrinken (4.4.8) wird erwartungsgemäß weniger von den chronischen Trinkern angegeben als von den episodischen, da sich das Trinkverhalten letzterer per definitionem in zwar wenigeren, aber um so gravierenden Trinkexzessen manifestiert.

5.3.1.6 Die bevorzugte Trinkgesellschaft (4.4.9) unterscheidet sich wie folgt:

Trinken Alkoholiker mit dipsomanem Krankheitsbild in ihrer Mehrheit eher alleine und ungesellig, zum Teil heimlich, sind chronische Trinker in wesentlich höherem Maße dadurch gekennzeichnet, daß sie die benötigten Alkoholquantitäten ohne derartige Präferenzen zu sich nehmen.

5.3.1.7 Bei der Wahl der alkoholischen Getränke (siehe Tabelle 13, 4.4.11) verhält es sich umgekehrt: Hier sind es die episodischen Trinker, die häufiger als die chronischen keine besonderen Vorlieben für spezielle Alkoholika erkennen lassen, sondern in den speziellen Phasen- vor allem der Wirkung wegen alles Erreichbare konsumieren.

5.3.1.8 Episodische Trinker nehmen größere Alkoholmengen pro Tag zu sich, als dies chronische Trinker tun, wie sich aus den unter 4.4.12 referierten Zahlen ableiten läßt. Zuerst erstaunt die hohe Zahl von intermediären Trinkern (27%), die nicht in der Lage oder willens sind, präzise Angaben über das tägliche Alkoholquantum zu machen. Unternimmt man dann den Versuch, aus den erhaltenen Angaben der übrigen Patienten der Erhebung, getrennt nach episodischen

und permanenten Trinkern, durchschnittliche Trinkmengen für jeden der beiden Trinkstile zu errechnen, erhält man bei den Epsilon-Alkoholikern 303 ml reinen Alkohol/die, bei der Vergleichsgruppe 257 ml/die, also eine doch erhebliche Differenz.

Es muß angemerkt werden, daß die Mitteilungen der Patienten, wie sie sich in den Alkoholerhebungsbögen des MPIP niederschlugen, in dieser Hinsicht natürlich angezweifelt werden können: Es ist nicht sicher, ob nicht mancher der dipsomanen Patienten, der ja ausdrücklich nach der täglichen Alkoholmenge gefragt, gleichsam einen Durchschnittswert zwischen den Quantitäten seiner Exzesse und dem geringeren Konsum oder der Abstinenz dazwischen gebildet hat und daher, was die Trinkmengen zur Zeit der Trinkphase betrifft, eher zu niedrige Werte angegeben hat.

Zur allgemeinen Glaubwürdigkeit von Patientenangaben über ihren Alkoholkonsum: FEUERLEIN et al. (40):

"Freilich sind Angaben, die Patienten über ihren Alkoholkonsum machen, wegen der häufigen Bagatellisierungs- und Verleugnungstendenzen bei Alkoholkranken fragwürdig. Dies gilt vor allen Dingen für Angaben über niedrigen Konsum. Erreichen die Konsumangaben jedoch die bezeichneten Grenzwerte"(d.i. MALT-F Items 4 und 5), "so sind sie nach allgemeiner Erfahrung mit großer Wahrscheinlichkeit als glaubwürdig anzusehen."

5.3.1.9 Altersverteilung der Patienten

Epsilon-Alkoholiker sind im Schnitt rund 4 Jahre älter als chronische Trinker, wenn sie zur Aufnahme ins MPIP kommen (4.4.13), was auf späteren Beginn des Alkoholabusus (4.4.3 bzw. 5.3.2), längere Suchtvorgeschichte (4.4.20), geringere Brisanz oder andere Art der Alkoholfolgeschäden (4.5; 5.4) etc. zurückzuführen sein könnte.

Eine Untersuchung der Altersverteilung, abhängig vom Geschlecht der Patienten, erbrachte keine besonderen berücksichtigungswerten Angaben.

5.3.1.10 Berufszugehörigkeit der Patienten

Der Anteil der Arbeiter ist bei den episodischen Trinkern, sowohl hinsichtlich des erlernten Berufs als auch hinsichtlich der im Moment der Klinikaufnahme ausgeübten Tätigkeit erheblich niedriger als bei den chronischen Trinkern.(siehe Tabelle 10, 4.4.14)

Ins Auge fällt der relativ hohe Prozentsatz von Selbstständigen und Freiberuflern, überhaupt von Akademikern unter den episodischen Trinkern, wiewohl sich der häufigere berufliche und soziale Aufstieg der späteren episodischen Alkoholiker bei der Auswertung der Krankengeschichten wohl mehr biographisch als statistisch erfassen läßt: Das computergerechte Erfassungsschema ist mitunter zu grob gerastert und macht etwa zwischen der Einordnung eines angestellten Geschäftsführers und des -gleichfalls angestellten-Nachtwächters oder des Universitätsprofessors und seiner Schreibkraft beim Merkmal Berufszugehörigkeit keinen Unterschied, sondern läßt für alle genannten Tätigkeiten nur die Zuordnung: "Angestellter oder Beamter" zu.

5.3.1.11 Psychiatrische Zweit- und Drittdiagnosen

Die Richtigkeit des Zitats von WIESER(zit. nach FEUERLEIN 37) "Im Vorfeld des Alkoholismus und unter späteren Alkoholikern ist die gesamte Systematik der Neurosenlehre und der medizinisch-psychologischen Charakterlehre nebst einer beträchtlichen Anzahl durchschnittlicher Persönlichkeiten zu finden" erweist sich auch in vorliegender Arbeit. (Tabelle 18 bzw. 4.4.15) Scheinen auf den ersten Blick chronische und episodische Trinker gleichermaßen mit weiteren psychischen Auffälligkeiten behaftet zu sein, findet sich bei eingehender Betrachtung, daß ein erheblicher Teil der psychiatrischen Diagnosen bei den Gamma-Trinkern in engem Zusammenhang mit der Suchtstruktur der Persönlichkeit (alkoholisches Delirium tremens ICD 291, Drogen- und Medikamentenmißbrauch ICD 304, sonstige leichte, vor allem kurzfristige, vorübergehende psychiatrische Auffälligkeiten in Zusammenhang mit situativen Belastungen ICD 307) zu sehen sind, dagegen bei den Persönlichkeitsstörungen

(ICD 301), affektiven Psychosen (ICD 296) und Neurosen (ICD 300) ein deutliches Überwiegen der Dipsomanen zu konstatieren ist.

5.3.2 Spezielle Aspekte des episodischen Trinkverhaltens

5.3.2.1 Verlauf der Alkoholkrankheit

Beeindruckend und geradezu zum Bild des Epsilon-Alkoholismus gehörend ist der zu beobachtende langjährige Verlauf dieser Untergruppe der Alkoholkrankheit:

Es scheint, daß dabei vor allem der permanente Wechsel zwischen Rückfall und Remission im Gegensatz zum chronischen Trinken andere Alkoholfolgen zeitigt (siehe 4.5 und 5.4) und deshalb weniger progredient verläuft als dieses. Abzulesen ist dies zum Beispiel an der Zeitspanne zwischen angeblichem ersten Auftreten und erster Behandlung (4.4.16) oder an der Anzahl der durchgemachten Trinkepisoden (4.4.20).

5.3.2.2 Epsilon-Alkoholismus: Eigenständige Form - Symptom einer anderen Erkrankung oder Phase im Verlauf des chronischen Alkoholismus?

Wenngleich im vorhergehenden Abschnitt 5.3.1 viele Unterschiede zwischen "den chronischen" und "den episodischen" Trinkern herausgestellt wurden, muß festgestellt werden, daß es, so wenig wie es die klassische "Alkoholikerpersönlichkeit" gibt, auch der idealtypische Dipsomane zu definieren ist. Auch hinter der Zuordnung zum Epsilon-Alkoholismus verbirgt sich, wie schon JELLINEK (73) vermutete, ein heterogenes Spektrum diskrepanter Verläufe und Krankheitsbilder. Geachtet werden muß nicht nur auf die Unterschiede zwischen den diversen Formen der Alkoholkrankheit, sondern auch innerhalb des einzelnen Typus.

So zeigen die episodischen Alkoholiker etwa hinsichtlich der Trink- und Zwischenphasen starke interindividuelle wie intraindividuelle Schwankungen (siehe 4.4.21 - 4.4.27) :

"Klassische Quartalstrinker" mit streng periodischen Trink-exzessen und konstanten Abstinenzphasen sind eher selten, häufiger beobachtet man wechselnde Intervalle, unkalkulierbare Rückfälle, sporadische Ausbrüche des Trinkverhaltensmusters. Prognostische Aussagen über den weiteren Verlauf sind meist außerordentlich schwierig.

Je heterogener die Krankheitsbilder gestaltet sind, die zu einer Einheit zusammengefaßt werden, desto schwieriger gestaltet sich auch deren Beurteilung. So könnten sich auch die diametral entgegengesetzten Aussagen erklären, die auf die Frage nach der Natur der episodischen Trunksucht in der Literatur zu finden sind:

Ist es gestattet, von einer eigenständigen Form des Alkoholismus zu sprechen (wie dies MARCONI, 99, tut,) hat man nur eine typische Phase im klassischen Verlauf der Alkoholkrankheit vor sich (CRITERIA COMMITTEE 29, RACHOWSKI 123) oder das Symptom zugrundeliegender psychischer Alterationen (WIESER 158, GAUPP 47, PILCZ 119, GOODWIN 50 et al.)?

Die überzufällig häufige Koinzidenz zwischen psychiatrischen Erkrankungen (abzulesen zum Beispiel an den psychiatrischen Zweit- und Dritt Diagnosen) und der speziellen Form des Epsilon-Alkoholismus hat sich auch bei der Exploration der Epsilon-Fälle dieser Studie nachweisen lassen. (4.4.15 bzw. 5.3.1.11)

Bereits bei der Darstellung des klinischen Bildes wurden eingehend die Zusammenhänge zwischen der zu untersuchenden Art des Alkoholismus und verschiedenen psychiatrischen Krankheiten erörtert. (3.5 - 3.8) Nirgendwo jedoch lagen bei kritischer Betrachtung eindeutige, monokausale Relationen vor, die es zulassen würden, die "Quartalstrunksucht" einzig als sekundäres Symptom einer dieser Erkrankungen anzusehen.

Wie verhält es sich nun hinsichtlich der Abgrenzung des episodischen Alkoholismus gegen andere Formen der Alkoholkrankheit?

Bei Sichtung der einschlägigen Literatur finden sich auch in dieser Frage Vertreter jeder der denkbaren Alternativen:

In der bereits mehrfach erwähnten Studie (165) ZAPOTOCZKYs über das "Problem des Rückfalles" wird angegeben, daß die "Zugehörigkeit zu einem Trinkertyp weitgehend konstant" bleibt. Ähnliches dachte die ältere "französische Psychiatrie" (LASEQUE, LEGRAIN, FOVILLE u.a.), die betonte, daß "Dipsomanie keine Form der chronischen Trunksucht", sondern eine eigenständige Krankheit sei. (nach GAUPP 47 und SOLMS 139)

Die meisten Autoren stimmen jedoch der Ansicht zu, daß sich episodischer Alkoholismus aus chronischem entwickeln, chronischer in periodischen übergehen kann:

Für die Möglichkeit des "shift" von episodischem zu chronischem Alkoholabusus spricht RADOs Theorie von der Rückkehr aus dem modifizierten in den "Grundkurs" der Rauschmittelsuchten. (124)

Auch Aussagen von GRUHLE (zit. nach SOLMS), SOLMS(139), MALKA et al. (97), BAUER (8) und JACKSON (66) bestätigen diesen Wechsel.

Den Übergang von "gewöhnlicher Trunksucht" in eine eher periodisch-episodische Form kennen COLLA (27), WLASSAK (164), MENNINGER-LERCHENTHAL (104), SOLMS (139), HUSS (64), von BRUEHL-CRAMER (19) und ERDMANN (zitiert nach GAUPP (47): Dipsomanie entsteht "auf der Basis langjähriger Exzesse in baccho".

Die bemerkenswerte These, daß Quartalstrunksucht "vorzugsweise" bei denen vorkommt, die gewohnt sind, große Quantitäten spirituöser Getränke zu sich zu nehmen und besonders bei denen, welche plötzlich davon abstehen" findet sich bereits 1854 bei GUISLAIN (54)!

Auf diesem Gedankengang aufbauend, ist es möglich, episodisches Trinken als spezielles, aus chronischem Alkoholabusus hervorgegangenes Verhalten, und zwar in verschiedener Weise, zu sehen.

Entweder man unterstellt, daß die Behandlung einer chronischen Trunksucht (ob dies nun eine von außen intendierte oder auch ein sogenannter "Selbstheilungsversuch" war) nicht vollkommen ausgereicht hat, die seelische Verfassung, die zur Sucht geführt hat, aufzuarbeiten beziehungsweise als Ursache des Trinkens zu beseitigen. Im Zuge einer "intrapsychischen Energieschwankung" würden dann ab und an die Regungen, die zum Alkoholkonsum verführen, wieder übermächtig werden und den Rückfall in süchtiges Verhalten erzwingen. Vergleichbar wären etwa therapeutisch schwer zugängliche "Triebdurchbrüche" oder "Drangzustände" anderer Art (z.B. Pyromanie, Exhibitionismus etc.). (Siehe auch 3.6 Dipsomanie und Monomanien). Nach einiger Zeit kann die seelische Lage wieder stabilisiert werden und erneut Abstinenz erreicht werden.

Die zweite Art, die Trinkexzesse in Zusammenhang mit Selbstheilungsversuchen nach primär chronischer Abhängigkeit zu sehen, läßt sich wie folgt skizzieren:

Man betrachtet die Trinkexzesse als "unbewußt inszenierte katalytische Situationen", die nach längeren Phasen der Abstinenz und der damit erzwungenen seelischen Anspannung und Abwehrleistung eingeschoben werden, um im Wege des "psychischen Selbstverrats" als Hilferuf an die Umwelt oder als Selbstbestrafungs- und Sühnereaktion zu dienen.

Derartige Gedanken zeigen immer wieder die unleugbare Nähe zwischen episodischem und chronischem Alkoholismus. Sie soll anhand weiterer Aspekte noch etwas illustriert werden:

Daß im Zuge der Entwicklung einer chronischen Alkoholabhängigkeit immer wieder Bemühungen um Erreichung einer Alkoholkarenz stattfinden, die dann als Abstinenzphasen oder Phasen geringeren Konsums zwischen Rückfällen in massiven Alkoholabusus zu liegen kommen und damit ein dem Epsilon-Typus vergleichbares klinisches Bild entsteht, ist bekannt.

Bereits in seiner Abhandlung: "Phases of Alcohol Addiction" (1952) beschreibt JELLINEK (72) als eines der typischen Kennzeichen der sogenannten "kritischen Phase": "Perioden völliger Abstinenz mit ständigen Niederlagen". Dieses Verhalten tritt so häufig auf, daß es geradezu diagnostische Bedeutung hinsichtlich der stadienhaften Progredienz des Alkoholismus besitzt. (Siehe zum Beispiel MALT-S, Item 22 (40), Fragebogen für Alkohol Kranke, Frage 41 (37)).

Trotzdem muß versucht werden, beides auseinanderzuhalten: Das klinische Bild des Epsilon-Alkoholismus, so inhomogen es in seinen Manifestationen auch erscheinen mag, zeigt doch eine charakteristische Beständigkeit des typischen Trinkverhaltens über längere Zeit (4.4.16, 4.4.20, 5.3.2.1), während das "pseudoepisodische" Trinkmuster (JELLINEK 71) als distinkte Phase im Zuge der chronischen Trunksucht relativ schnell wieder durch permanenten Alkoholmißbrauch ersetzt wird.

(Mit diesem Terminus bezeichnet JELLINEK Gamma-Trinker, die für "3, 6 oder 12 Monate fähig sind, dem Trinken zu widerstehen, aber dann keine andere Lösung als Intoxikation finden, worauf sie reumütig zur Nüchternheit zurückkehren.")

Eine andere Art, eine Periodizität vorzutäuschen, hat SOLMS (139) beobachtet. Er schreibt, daß "unter den Versuchen des Verbergens der Trunksucht auch die Angabe einer Periodizität auftaucht, die genauen Prüfungen nicht standhält."

Auch in den verschiedenen Aspekten des klinischen Bildes (zum Beispiel Prodromi 3.2.1, Trinkphase 3.2.2, kritische Lösung 3.2.4, Zwischenintervall 3.3 etc.) weist der Epsilontypus so eigenständige Besonderheiten auf, daß eine differentialdiagnostische Unterscheidung möglich sein sollte und daß es gerechtfertigt erscheint, Epsilon-Alkoholismus

als eigenständige Form aus dem vielgestaltigen Formenkreis des Alkoholismus zu definieren, wenngleich auch innerhalb dieser Form wieder verschiedene Arten der Entstehung und des Verlaufs beschrieben werden müssen.

(Siehe dazu: 4.7 Untergruppenbildung)

Die naheliegende Vermutung, daß zwischen Epsilontrinkern und süchtigen Trinkern besondere Beziehungen zu sehen sind, läßt sich nicht ohne weiteres von der Hand weisen:

Immerhin 19 von 44 Fällen dieser Studie haben sich aus vorhergehendem konflikthaften Trinken über eine mehr oder weniger deutliche Zwischenstufe süchtigen Trinkens entwickelt. Andererseits ist MADDENS (95) Ansicht, daß es ein "Kontinuum zwischen den beiden Extremen" gibt und eine Unterscheidung zwischen beiden Formen "arbiträr und künstlich" sei, in Anbetracht der Tatsache, daß von den restlichen Fällen der Untersuchung sich 13 aus Delta-Alkoholismus entwickelt haben und 11 primär, das heißt ohne vorhergehenden chronischen Alkoholismus in episodischer Form entstanden sind, doch wohl nur die Hälfte der Wahrheit, sind auch andere Wege der Entstehung möglich und denkbar.

Auch hinsichtlich des Trinkverhaltens in der Zwischenphase (4.4.25) ergab sich kein monoformes Bild:

Nur etwa ein Drittel der episodischen Trinker erfüllt die Bedingungen des klassischen Bildes des "Quartalstrinkers" und hält strenge Alkoholkarenz zwischen den Trinkexzessen. Die weitaus überwiegende Zahl der Versuchspersonen jedoch trinkt auch in diesen Zeiträumen, zum Teil kontrolliert, zum Teil massiv, zum Teil variierend kontrolliert-massiv.

Ähnliches gilt für eine weitere Mutmaßung:

Bei der Frage, ob Epsilon-Alkoholismus vielleicht auf der Basis unzureichender Therapieversuche (Selbstheilungsversuche, erzwungene Behandlungen etc.) entstehen könnte, muß ebenfalls eine inhomogene Verteilung der Patienten konstatiert werden:

Zwar trifft dies für einen erheblichen Teil der Versuchspersonen durchaus zu (siehe 4.4.26), immerhin aber sind bei 25 Probanden keine derartigen Voraussetzungen feststellbar.

5.4 Zu den Alkoholfolgeerscheinungen

Die Alkoholfolgeerscheinungen, wie sie in Tabelle 29 (4.5) dargestellt wurden, lassen sich in Anlehnung an FEUERLEINS (37) Einteilung des "Alkoholsyndroms" gliedern in:

5.4.1 Somatische

5.4.1.1 Gastrointestinale

5.4.1.2 Vegetative

5.4.1.3 Neurologische

5.4.2 Soziale

5.4.3 Psychische

5.4.4 Psychiatrische Syndrome.

Offensichtlich abhängig vom speziellen Trinkverhalten oder von der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur stellen sich je nach Alkoholismustyp unterschiedliche Alkoholfolgeschäden ein:

5.4.1 Eine Beurteilung der somatischen Folgen zeigt, daß hierbei episodische Trinker im Schnitt wesentlich weniger Auffälligkeiten zeigen als chronische Trinker. Sowohl die gastrointestinalen (zum Beispiel Appetitstörungen, Brechreiz, Erbrechen) als auch die vegetativen Teilsyndrome (Hyperhydrosis, Tachycardie) werden von den Epsilon-Trinkern mit geringerer Frequenz angegeben als von den chronischen Trinkern. Ein Gleiches gilt für die somatisch-neurologischen Faktoren, die von den Items: "Alkoholinduzierter Tremor, Symptome aus dem epileptischen Formenkreis, alkoholische Palimpseste (black out), Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Halluzinationen" repräsentiert werden.

Für die geringeren physischen Schäden der periodischen Trinker trotz längerer Suchtkarriere (4.4.16, 4.4.20, 5.3.2.1) dürfte die tatsächlich konsumierte Menge Alkohol

im langjährigen Mittel eine zentrale Bedeutung haben. Die in der Trinkphase zwar immensen Alkoholmengen (5.3.1.8) müssen mit Phasen geringeren Konsums oder sogar totaler Alkoholabstinenz (4.4.25) verrechnet werden, woraus sich in Relation zu chronischen Trinkern geringere Durchschnittswerte ergeben. Nicht zu unterschätzen ist auch die für eine Restitution verschiedener durch den Alkohol reversibel geschädigter Organsysteme günstige Wirkung, die von den eingelegten Trinkpausen (5.3.1.4) ausgeht.

Bei der Bedeutung, die den epileptischen Anfallskrankheiten in früherer Zeit für die Genese der Dipsomanie zugemessen wurde (siehe Kapitel 3.7), erstaunt die zu konstatierende relativ geringe prozentuale Häufigkeit von im vorliegenden Patientengut zu beobachtenden entsprechenden Symptomen. Dies dürfte jedoch im wesentlichen durch die Änderung im Verständnis des Epilepsiebegriffes bzw. dessen heutiger Engerfassung (siehe 3.7) bedingt sein.

Es kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, daß die geringe zur Verfügung stehende Fallzahl hier statistische Aussagen unmöglich macht, möglich wäre aber auch, daß sich der Wandel in Diagnose und Therapie der Epilepsien in den errechneten Zahlen niederschlägt.

5.4.2 Soziale Folgen

Zur Erfassung der sozialen Desintegration wurde nach bereits stattgefunden forensischen Komplikationen (Pflegschaft, Entmündigung, gerichtlichen Unterbringungen, Führerscheinentzug etc.), nach Arbeitsplatzverlusten sowie vollzogenen Ehescheidungen gefragt.

Gegenüber den Angaben chronischer Trinker findet sich bei den episodischen Trinkern (Tabelle 29) ein knappes Überwiegen bei gerichtlichen Maßnahmen, vor allem Führerscheinverlusten, dagegen eine wesentlich niedrigere Scheidungsquote und auch eine niedrigere Zahl von Arbeitsplatzverlusten.

Läßt sich letztere noch in Zusammenhang mit der bereits in Kapitel 5.3.1.10 diskutierten unterschiedlichen Berufszugehörigkeit und Ausbildungsqualität verstehen, vielleicht noch in Kombination mit der geringeren Progredienz von Wesensänderung, Leistungsminderung und Zuverlässigkeit durch den im Schnitt geringeren Alkoholkonsum, erklärt sich die

kleinere Scheidungsrate bei den episodischen Trinkern nur, wenn man unterstellt, daß die immer wieder stattfindenden Remissionen und die intermediäre Rückkehr zu quasi geregelterm Leben die sozioökonomischen, das heißt wirtschaftlichen, sozialen und familiären Beziehungen nicht in gleichem Maße destabilisieren, wie dies bei den chronischen Trinkern erfolgt.

Der Niedergang und Zusammenbruch der familiendynamisch wirksamen Rollenverteilung und -funktion vollzieht sich langsamer und etappenweise, die ständigen Beteuerungen und die durchaus ernsthaften Bemühungen um Abstinenz vermögen, wie es scheint, den endgültigen familiären Zusammenbruch und dessen letztendliche Konsequenz, die Ehescheidung hinauszuschieben.

5.4.3 Bei den psychischen Symptomen hingegen sind die episodischen Trinker vermehrt betroffen. Möglich ist folgender Erklärungsversuch:

Die Fluktuation der intrapsychischen Zustände, das Wechselbad zwischen hoffnungsvollen Bemühungen und unvermeidbaren, destruktiv wirkenden Niederlagen scheint in der Persönlichkeit, im eigenen Selbstbild, im seelischen Leben und Erleben größere Läsionen zu setzen als dies bei anderen Alkoholismusformen zu beobachten ist. (Wenn nicht vielleicht schon durch die spezielle Prädisposition, d.h. die Primärpersönlichkeiten für diese Alkoholismusform bedingt.)

Angstzustände, unerklärliche Affektlabilität, psychomotorische Unruhe- und Erregungszustände unter Alkoholeinfluß und depressive Verstimmung werden von den dipsomanen Trinkern vermehrt berichtet. Lediglich die bekannten und (psychodynamisch erklärbaren) alkoholischen Eifersuchtsideen werden (möglicherweise stichprobenabhängig) bei den chronischen Trinkern der Vergleichsgruppe der Erhebung häufiger angetroffen.

Auch für die psychopathologische Begründung des paroxysmalen süchtigen Verhaltens ist vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich, eine psychische Genese verantwortlich zu machen. Das "unwiderstehliche Verlangen" (craving) als Manifestation der psychischen Alkoholdependenz und "Kontrollverlust" zeigt

sich bei den episodischen Trinkern zu je 90%, während eine körperliche Abhängigkeit nur in weniger als der Hälfte der Fälle diagnostiziert wurde (45%).

Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Ansichten von FEUERLEIN (37, 38) und KRYSPIN-EXNER (85), die stärker die psychische Komponente der Abhängigkeit betonen sowie den Aussagen von ROYCE (132), der in gleicher Weise psychische wie körperliche Dependenz vermutet. Lediglich MARCONI (99,100) vertritt, wie bereits in Kapitel 2 zitiert, die These von der "primär physischen Abhängigkeit". (Allgemeine Ausführungen zur Problematik psychischer und physischer Abhängigkeit: Siehe zum Beispiel SCHRAPPE (134) und FEUERLEIN (34) (39) (41).

5.4.4 Bei den Alkoholfolgeschäden auf dem Gebiet der psychiatrischen Erkrankungen ist erwähnenswert, daß die Zahl der im Krankengut zu beobachtenden deliranten Zustände (1 Fall bei den episodischen, 11 bei den chronischen Trinkern) deutliche Diskrepanzen aufweist. Möglicherweise ist diese geringe Frequenz Ursache dafür gewesen, daß die gelegentlich in der Literatur vorzufindende Aussage, daß bei "der Dipsomanie kein Delir" vorkommt (142), vertreten wurde. (Siehe auch Kapitel 3.2.4) Es leuchtet natürlich auch ein, daß gelegentlicher und exzessiver, aber dann wieder für einige Zeit sistierender Alkoholabusus wesentlich seltener ein derart schweres Alkoholentzugssyndrom wie ein Delir entstehen läßt wie dies bei permanenter, langanhaltender Intoxikation und plötzlichem Entzug zustande kommen kann.

Die geschlechtsabhängige Verteilung von suicidalen Handlungen bei den Fällen episodischen Alkoholismus, wie in 4.5.2 dokumentiert, zeigt die erwartete Verteilung, nach der bei Männern mehr vollendete Suicide, bei Frauen dagegen wesentlich mehr Suicidversuche als bei Männern bekannt werden.

Eingehend dargestellt sind die komplexen Beziehungen zwischen Abhängigkeit und Suicid zum Beispiel bei: BATTEGAY (6), BRINKMANN (18), FEUERLEIN (35) und RINGEL (128, 129), so daß an dieser Stelle ein Verweis auf die Originalliteratur genügen soll.

Ausführungen zu den sonstigen psychiatrischen Erkrankungen, die bei den untersuchten Patienten vorkommen, sind unter 4.4.15 und 5.3.1.11 zu finden.

5.5 Anmerkungen zur Testanwendung des MALT bei episodischen Trinkern.

5.5.1 MALT-F (Zahlen siehe Tabellen 30 und 31, 4.6)

Der 4-fach, das heißt relativ hoch gewichtete Fremdbeurteilungsteil des MALT erfasst:

Mit seinen ersten 3 Items Alkoholfolgeerscheinungen vorwiegend des somatischen Bereichs (Lebererkrankungen, Polyneuropathie, Delirium tremens), bei denen (siehe 5.4) Epsilon-Alkoholiker wegen ihres speziellen Trinkverhaltens geringere Summenwerte erreichen als chronische Trinker. Item 4 zielt per definitionem auf chronischen Konsum, Item 5 ist in der Lage, neben Rauschtrinken, wie es bei anderen Formen des chronischen Alkoholismus vorkommt, auch die spezifischen Trinkmuster des episodischen und periodischen Trinkstils zu erfassen.

Gemäß MALT-Manual (40) zielt Item 6 auf die Erfassung des Blutalkoholspiegels, Item 7 auf fremdanamnestiche Aspekte.

Frage 5 zeigt das erwartete deutliche Überwiegen der episodischen Trinker; Frage 7 eine Gleichverteilung zwischen episodischen und chronischen Alkoholikern. Bei allen anderen Kategorien sind die episodischen Trinker derart unterrepräsentiert, daß sich eine durchschnittliche Punktzahl im F-Teil von 6,6 für episodische, dagegen von 9 für chronische Trinker errechnet, das heißt daß die episodischen Trinker in diesem Testteil im Schnitt 26,6% weniger Punkte erreichen.

5.5.2 MALT-S

Weniger diskrepant sind die Ergebnisse im Selbstbeurteilungsteil des MALT:

Einer durchschnittlichen Punktzahl von 13,74 bei den Epsilon-Alkoholikern steht ein Vergleichswert von 14,7 bei den Gamma-Alkoholikern gegenüber.

Im Testentwurf (40) ist eine Aufgliederung der 24 Items auf folgende 3 diagnostisch relevante Subskalen beschrieben:

1. Trinkverhalten bzw. Einstellung zum Trinken mit den Items 3, 5, 6, 8, 14 bis 19 und 22.
2. Alkoholbedingte psychische und soziale Beeinträchtigungen mit den Items 4, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 23, 24.
3. Somatische Störungen mit den Items 1, 2, 9.

Wie in den Tabellen 34 - 36 nachzulesen, bestätigen sich im wesentlichen auch in diesem Teil der Erhebung die bereits weiter oben gemachten Ausführungen, daß die Alkoholfolgeerscheinungen des episodischen Alkoholismus ein anderes Spektrum als die des chronischen Alkoholismus haben und insbesondere die somatischen Schäden erheblich geringer ausfallen.

5.5.3 Gesamtpunktwert im MALT

Der MALT ist so konstruiert, daß über den errechneten Punktwert im Gesamttest mit hoher Wahrscheinlichkeit Aussagen über den Verdacht auf Alkoholismus beziehungsweise Alkoholgefährdung (6 - 10 Punkte) beziehungsweise die Diagnose Alkoholismus (11 Punkte und mehr) zulässig sind.

Im Durchschnitt erreichten die Epsilon-Alkoholiker 20,3 Punkte, die Gamma-Alkoholiker 23,7. (Tabelle 33)

Wie bereits ausgeführt, entsteht diese Differenz vor allem im Subtest MALT-F, weniger im MALT-S.

Nur 1 von 44 episodischen und 2 von 50 chronischen Trinkern werden durch den Test nicht, wie dies vorher klinisch erfolgt war, sicher als Alkoholiker diagnostiziert, lagen jedoch mit 7, 9, und 10 Punkten in einem grenzwertigen Bereich, der den begründeten Verdacht auf Alkoholismus nahelegt.

Im Unterschied zu anderen Testverfahren (zum Beispiel dem zwischenzeitlich wieder verlassenen auf biochemischer Basis beruhenden und die Plasmarelation von Leucin und Alpha-Amino-Buttersäure messenden) Test von SHAW et al. (zitiert nach 37), der bereits kurze Zeit nach Alkoholabsetzen negativ ausfällt und deshalb bei episodischen Trinkern nicht greift oder bei denen die episodischen Trinker durch ihr spezielles Verhalten und/oder das methodische Vorgehen (37) durch "die Maschen schlüpfen" können, erfassst der MALT auch den hinsichtlich Trinkstil und klinisches Bild besonderen Trinktyp des episodischen Alkoholikers mit hoher Sensibilität und Sicherheit.

5.6 Auslösende Faktoren

In den Kapiteln 4.4.17 Prädilektionszeiten, 4.4.18 Prodromalerscheinungen und 4.4.19 Auslöser wurden die Antworten auf die Fragen der Erhebung referiert, die zum Ziel hatten, nähere Angaben zu den spezifischen, auslösenden Faktoren des episodischen Trinkverhaltens zu eruieren.

Die Frage nach der Situation zu Beginn des Trinkens, nach den konkreten Bedingungen des einzelnen Trinkexzesses tangiert eines der zentralen Probleme des gesamten Alkoholismus:

Wenn es gelänge, die auslösenden Faktoren der Trinkperioden genau zu analysieren (biochemisch oder psychodynamisch) und zu verstehen, wären auch Antworten auf die Rätsel der Suchtkrankheit schlechthin möglich: Was bringt eine Person zum Trinken? Was löst den Rückfall aus?

Vor diesem Hintergrund ist die in den genannten drei Abschnitten feststellbare und auf den ersten Blick sicher unbefriedigende Zahl von indifferenten Antworten zu sehen:

Abgesehen von Scheinerklärungen, die vielleicht dem menschlichen Bedürfnis nach Kausalitäten (MONOD 108) entsprechen, von Populärtheorien zur Suchtgenese und von den Prämissen, die die verschiedenen psychologischen Schulen der Abhängigkeit zugrundelegen, ist das exakte Wissen der Medizin und Psychologie um die in Frage stehenden Zusammenhänge noch immer sehr begrenzt.

Das insgesamt noch unzureichende Wissen um die wirklichen Zugänge zu Wesen und Persönlichkeit des episodischen Trinkers darf jedoch nicht dazu führen, die bisher bekannten Wege zu verbauen beziehungsweise episodischen Alkoholismus als gänzlich unverstehbar zu betrachten.

5.7 Episodischer Alkoholismus: Einheitliches Bild oder Überbegriff für unterschiedliche Krankheitsgruppen?

Berücksichtigt man, daß aufgrund der insgesamt geringen Anzahl von Probanden, die überhaupt die Kriterien erfüllen, die zur Aufnahme in diese Untersuchung gefordert wurden, ist eine weitere Aufteilung in Untergruppen statistisch problematisch. Je mehr Variablen Berücksichtigung finden, um so geringer wird die Probandenzahl und Aussage. Häufig bleiben bei Auftragung der Daten auf Kontingenztafeln Felder unbesetzt und verunmöglichen somit die üblichen statistischen Überprüfungsverfahren. (Siehe dazu S. 170). Häufigkeitsberechnungen, vor allem aber daraus abgeleitete Schlüsse, mit einiger Signifikanz sind nur noch begrenzt möglich, konnten aber doch für einige Items erstellt werden.

Insgesamt lassen sich hinsichtlich der Besonderheiten der einzelnen Diagnosegruppen folgende Aussagen treffen:

5.7.1 Untergruppe U_1 :

"Primäre" episodische Alkoholiker

Die sogenannten "primären" episodischen Alkoholiker zeigen mehr als die Mitglieder der anderen Untergruppen die Tendenz zur Steigerung ihres Alkoholkonsums. (4.7.1.4)

Häufiger als die anderen Probanden der Untersuchung beginnen ihre typischen Trinkexzesse erst im Laufe des Abends, während die anderen Untergruppen mehr ein diffus über den ganzen Tag verteiltes Trinkmuster bzw. einen früheren Trinkbeginn am Tag aufweisen. (4.7.1.5)

Das spezifische episodische Trinkverhalten wird von primären" episodischen Trinkern in Relation zu den episodischen Trinkern, bei denen sich dieses Verhalten nach gewissen "Vorlaufzeiten" anders gearteten Alkoholabusus (die ja konstitutive Voraussetzungen der Zuordnung zu diesen Subskalen sind) eingestellt, am längsten praktiziert: (73% trinken seit mehr als fünf Jahren in dieser Weise, Vergleich: U_2 : 53%; U_3 : 62% (4.7.1.13)).

Auch hinsichtlich der in der Literatur als für episodische Trinker zwar nicht pathognomonisch, so doch typisch genannten Prodromalerscheinungen (3.2.1) zeigten die "primären" episodischen Trinker die größte Häufigkeit der positiven Nennungen: 36% gegenüber 26% im Durchschnitt aller episodischen Trinker, (4.7.1.14), hingegen die geringste Häufigkeit der Angabe von konkreten Auslösesituationen. (4.7.1.15)

Signifikante Unterschiede zu den sonstigen episodischen Trinkern wiesen die "primären" episodischen Trinker vor allem aber auch bei der Frage nach dem Trinkverhalten in den Zwischenphasen, d.h. also in den Zeitabschnitten zwischen den Trinkexzessen auf. (Signifikant auf 5%- und 1%-Niveau), siehe 4.7.21 und Seite 178.

Weniger als bei den anderen Untergruppen wird bei diesen Patienten in der Zwischenphase Totalabstinenz angetroffen, dafür aber umsomehr der Versuch, kontrolliert zu trinken, (5 Patienten). Bemerkenswert erscheint hier die Beobachtung, daß letztendlich nur zwei von insgesamt elf primären episodischen Trinkern wirkliche Abstinenzphasen kennen, 2 Patienten gelegentlich massiven Abusus auch in Zwischenphasen und weitere 2 Patienten wechselnden Alkoholkonsum (Abusus und Abstinenz) zugeben.

Nicht zuletzt bleibt zu erwähnen, daß bei der Untersuchung, ob bereits vor der Aufnahme in die stationäre Therapie, die zur Erfassung und Hereinnahme in die vorliegende Erhebung führte, frühere einschlägige Behandlungen versucht wurden, die Angaben der primären episodischen Trinker von denen der anderen Patienten erheblich differieren (signifikant auf 5%- und 1%-Niveau):

10 von 11 dieser Patienten gaben an, sich zum ersten Mal wegen ihres Alkoholmißbrauchs in einschlägiger Behandlung zu befinden!

Überträgt man diese Tendenz logischerweise auf die Anzahl der sich in gleicher Intention der Behandlung möglichst lange entziehenden entsprechenden Alkoholiker, kann eine erhebliche Dunkelziffer, vor allem bei dieser Untergruppe unterstellt werden. (In Übereinstimmung mit weiter oben gemachten Feststellungen, daß offensichtlich erst eine langjährige, einschlägige Suchtkarriere bzw. Folgeschäden oder entsprechender Leidensdruck zur erstmaligen Klinikaufnahme führen).

Fragt man nämlich nach dem eigentlichen Beginn des Alkoholabusus, zeigt sich, daß im Unterschied zu den anderen Untergruppen der episodischen Trinker die als "primäre" Epsilon-Alkoholiker bezeichneten Patienten an der Verschiebung dieser Altersgrenze gegenüber der Kontrollgruppe nicht nur keinen Anteil haben, sondern deren Trinkbeginn den Patienten der Kontrollgruppe chronischer Trinker direkt vergleichbar sind. (4.4.3 bzw. 4.7.1.2)

5.7.2 Untergruppe U_2 :

Episodischer Alkoholismus, entwickelt aus vorhergehendem Konflikttrinken

Zahlenmäßig ist diese Sequenz der Trinkverhaltensweisen in der vorliegenden Erhebung am häufigsten vertreten. Bereits in 5.3.2.2 wurde deshalb zum engen Verhältnis zwischen Konflikttrinken und episodischem Trinkstil Stellung genommen. Über das dort Gesagte hinaus ergaben sich bei der Analyse der Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Items folgende berücksichtigungswerte Fakten:

Die Anzahl der Patienten, die sogenannte Prodromalerscheinungen wie unbestimmte Verstimmungszustände oder körperliche Dysphorie angaben, war in dieser Untergruppe am geringsten. (16%) (4.7.1.14)

Erwartungsgemäß überproportional häufig wurden dagegen konkrete Auslösesituationen (4.7.1.15) genannt: Offenbar trinken ehemalige Konfliktrinker auch nach dem Wechsel des Trinkstils auch bei den selteneren episodischen Exzessen bevorzugt dann, wenn bestimmte, konkret umrissene Verführungs- oder Reizsituationen dazu disponieren; diffuse depressiv getönte Zustandsbilder scheinen hingegen bei dieser Unterabteilung nicht von besonderer psychopathogener Bedeutung zu sein.

Gefragt nach der Art der bevorzugten konsumierten Alkoholika (4.7.1.10), fällt bei den episodischen Trinkern mit Konfliktrinker-Vorgeschichte der doppelt so hohe Anteil (wie in den anderen Untergruppen) an Patienten auf, die keinerlei Präferenzangaben. (Signifikant auf 5%- und 1%-Niveau).

Ein Gleiches gilt für die Frage nach den bevorzugten Trinkorten: Hier sind es 42% der Gruppenmitglieder, die diffus und ohne Bevorzugung eines Ortes trinken (im Vergleich U_1 : 18%; U_3 : 15%) (4.7.1.9).

Die Abschätzung der täglichen Alkoholmenge (4.7.1.11) verbleibt bei den ehemaligen Konfliktrinkern - neben einer deutlichen Häufung der Gruppenangehörigen in den Kategorien erheblicher Quantitäten - siehe Tabelle 47 - zu über einem Drittel mehr als bei den anderen Untergruppen unbestimmt.

Überhaupt sind es auffallend oft die Versuchspersonen dieser Sub-Species, die - mehr als die Mitglieder der beiden anderen - die größte Häufigkeit an Angaben bei den sogenannten "missing values" der Variablenkategorien "entfällt, unbekannt, keine Angaben" usw. bieten. (Zum Beispiel in : 4.7.1.4; 4.7.1.5; 4.7.1.10; 4.7.1.17; 4.7.1.18; 4.7.1.20; 4.7.1.22).

Ob sich aus dieser interessanten Beobachtung jedoch direkte Rückschlüsse auf Persönlichkeitsvariablen oder Suchtstrukturen ziehen lassen, muß zumindest offen bleiben.

5.7.3 Untergruppe U₃:

Episodischer Alkoholismus, entwickelt nach
vorhergehendem gewohnheitsmäßigen Alkoholabusus

13 der untersuchten episodischen Trinker entwickelten ihren intermittierenden Trinkstil auf der Basis lang-jährigen gewohnheitsmäßigen Alkoholmißbrauchs. Dieses Patientenkollektiv zeigte bei der Untergruppenbildung folgende Auffälligkeiten:

Überdurchschnittlich häufig waren die Patienten männlichen Geschlechts (85%) (Signifikant auf 5%-Niveau; 4.7.1.1) mit in der Regel relativ spätem Beginn des Alkoholabusus (4.7.1.2).

Des weiteren imponierten in dieser Untergruppe, hinsichtlich der Entwicklungstendenzen des Alkoholkonsums (4.7.1.4) befragt, neben einer beträchtlichen Anzahl von Patienten, die ihren Alkoholverbrauch als gleichbleibend (31%) oder ansteigend (38%) bezeichneten, auch einige Patienten, die ihren Konsum als abnehmend bezeichneten (23%).

Es ist durchaus denkbar, daß sich hinter dieser Selbsteinschätzung die eigenständige Bemühung um zumindest zeitweiser Abstinenz, die sich als Wechsel zum episodischen Trinkstil manifestiert, verbirgt oder die bekannte Abnahme der Alkoholtoleranz bei chronischem Trinken eine wirkliche Senkung der erforderlichen Alkoholikaquantitäten bewirkt.

Als Relikte ihrer früheren Trinkgewohnheiten scheinen die ehemaligen Gewohnheitstrinker mit Mehrheit (54%) den frühen Trinkbeginn am Morgen beibehalten zu haben (4.7.1.5) sowie bei der Art der bevorzugten Alkoholika die zu beobachtende Präferenz für Bier (38%) und Schnaps (31%). (4.7.1.10) Signifikant auf 5%- und 1%-Niveau (siehe Seite 173).

Bei der Untersuchung der Frequenz der Alkoholexzesse (4.7.1.9) sind - verglichen mit den Mitgliedern der anderen Untergruppen - bei der Angabe eines streng periodischen Trinkstils überdurchschnittlich viele ehemalige gewohnheitsmäßige Trinker vertreten.

Sofern dieses Ergebnis nicht nur stichprobenabhängig zustande gekommen ist, was bei der geringen Patientenzahl die diesen einzelnen speziellen Verhaltensweisen zugeordnet wurden, natürlich nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, läßt sich die Vermutung anstellen, daß in der Struktur dieser beiden Trinkmuster gewisse Ähnlichkeiten zu sehen sein könnten, etwa hinsichtlich der Erreichung oder Stabilisierung gewisser Blutalkoholspiegel oder anderer intraorganischer biophysikalischer Abläufe. Letztendlich könnten aber auch zur Erklärung dieses Phänomens parallel verlaufende psychodynamische Prozesse unterstellt werden.

Reziproke Werte zur Bejahungshäufigkeit der "primären" episodischen Trinker wurden beim Merkmal "frühere Behandlung" erzielt: insgesamt 69% der ehemaligen chronischen Trinker, die später einen episodischen Trinkstil entwickelten, hatten bereits ein- oder mehrmalige Behandlungsversuche hinter sich (im Gegensatz zu 9% bei den "primären episodischen Trinkern"). (4.7.1.22) (Signifikant auf 5%- und 1%-Niveau im Roy-Test; siehe Seite 179).

In Verbindung mit dem Ergebnis von Kapitel 4.7.1.6 Trinkpausen, wo eine erstaunliche Häufung bei den Angaben der Mitglieder der Gruppe U_3 bei der Variablen : Trinkpausen mehrmals für 1 - 6 Monate (54%) vorgefunden wird, scheint der pathogenetische Weg, über eine Umstellung des Trinkstils auf einen episodischen oder periodischen, wenn schon nicht eine Totalabstinenz, so doch zumindest eine zeitweise oder partielle zu erreichen, für diese Gruppe vorstellbar, während dies für die zum Vergleich herangenommenen Untergruppe U_1 offenbar überhaupt nicht und für U_2 von wesentlich geringerer Bedeutung zu sein scheint.

5.7.4 Zu den Alkoholfolgen bei den einzelnen Untergruppen episodischer Alkoholiker

Entsprechend der bereits in Kapitel 5.4. durchgeführten Gliederung der Alkoholfolgen in somatische, soziale, psychische und psychiatrische Komplikationen ergab sich:

Bei der Kategorie somatische Folgen waren (erwartungsgemäß) die Trinker, deren Trinkstil sich aus vorhergehendem Gewohnheitstrinken entwickelte (U_3) überdurchschnittlich betroffen, während im Gesamt-Itemscore aller hierzu gehörenden Aussagen die Mitglieder der Untergruppen U_1 und U_2 vergleichbare Werte erzielten.

Ebenfalls erwartungsgemäß war die Rangfolge der einzelnen Untergruppen beim Durchschnitt der Bejahungshäufigkeiten der sozialen Konsequenzen des episodischen Alkoholabusus:

geringste Häufigkeit: Untergruppe U_1
größte Häufigkeit: Untergruppe U_2

Diese Ergebnisse korrelieren mit bereits weiter oben gemachten Aussagen (5.4.3 bzw. 5.7.1) zur Persönlichkeit und zum Suchtverhalten der einzelnen episodischen Alkoholiker und bestätigen die erwartungsgemäßen Hypothesen, daß gastrointestinale, vegetative und neurologische Alkoholkomplikationen bei episodischen Trinkern mit chronischem Alkoholabusus in der Anamnese häufiger vorkommen sollten, während die psychosozialen Folgen im Schnitt eher bei ehemaligen Konflikttrinkern dominieren sollten.

Insgesamt sind die Unterschiede bei einzelnen Items zwischen den Untergruppen teilweise beträchtlich. Berechnet man jedoch für einzelne Gruppen (z.B. psychiatrische Komplikationen oder psychische Auswirkungen) Gruppendurchschnittswerte, ergeben sich keine signifikanten Diskrepanzen.

Erwähnt werden soll an dieser Stelle noch das Ergebnis der Auszählung von suizidalen Handlungen, wobei auch hier neben der Prozentzahl von entsprechenden Bejahungen bei den primären episodischen Trinkern (27%) erwartungsgemäß die ehemaligen Konflikttrinker mit 32% positiven Nennungen am meisten vertreten sind, während erstaunlicherweise bei den ehemaligen gewohnheitsmäßigen Trinkern, die jetzt auf episodisches Trinken umgestellt haben, keine einzige suizidale Handlung bekannt wurde.

Im übrigen wird in diesem Zusammenhang nochmals auf die bei 5.4 gemachten Bemerkungen zu einzelnen Alkoholfolgen verwiesen.

5.7.5 Ergebnis der Untergruppenbildung

Zusammenfassend läßt sich als Resümee der Untergruppenbildung nach Sequenz der Trinkverhaltensmuster feststellen, daß es durchaus gerechtfertigt erscheint, die genannten Untergruppen als eigenständige Untergliederungen innerhalb des schillernden Spektrums des Krankheitsbildes des episodischen Alkoholismus zu bezeichnen.

Bei einzelnen Itemscores wurden, je nach Untergruppe, signifikant differierende Bejahungshäufigkeiten angetroffen, wobei, wie bereits erwähnt, aufgrund der geringen Fallzahl statistische Aussagen oft nicht möglich sind. Die durchgeführten Signifikanzberechnungen sind auf Seite 170 ff. als Anlage eingefügt, worauf schon mehrfach bei einzelnen Aspekten hingewiesen wurde.

Unterschiedliche Wege zum episodischen Trinkstil zu gelangen sind möglich, sie scheinen diesen Untergruppen zuzuordnen zu sein.

Tab. 62 gibt einen synoptischen Überblick über die relevanten klinischen Aspekte, bei denen deutliche Unterschiede zwischen den gebildeten Untergruppen gefunden werden konnten.

Episodischer Alkoholismus -
Synoptische Übersicht der gebildeten Untergruppen

Tab. 62

	U ₁	U ₂	U ₃
<u>Häufigkeit</u>	26%	44%	30%
Verteilung nach Geschlechtern (in % Frauenanteil)	55%	47%	15%
<u>Anamnese:</u>			
- Beginn	frühester Beginn (bez. Lebensalter)		später Beginn
- Zahl d. vorhergehenden Trinkepisoden	lange Entwicklungsdauer größte Anzahl	geringste Anzahl	viele Trinkepisoden
- stattgefundenen Vorbehandlungen	kaum Vorbehandlungen (9%)	Vorbehandl. in 43% d. Fälle	in mehr als 2/3 der Fälle Vorbehandl. (69%)
<u>Trinkverhalten</u>			
- charakt. Prodromi	++	(+)	+
- konkrete Auslösesituationen	0	++	+
- Rauschtrinken	weniger bzw. seltener eher ansteigend	gleichbleibend - ansteigend	häufiger
- Alkoholkonsum			gleichbleibend, ansteigend, aber auch abnehmender Konsum zu beobachten
- Art der Alkoholika	Bier/Wein	Keine Bevorzugung oft unbekannt	Bier/Schnaps
- tägliche Trinkmenge	am wenigsten Totalabstinenz, eher kontrolliertes Trinken	variierender Konsum, Totalabstinenz, kontroll. Trinken	größere Quantitäten höchste Frequenz von Totalabstinenz oder längere Abstinenzphasen
- Zwischenphasen			
<u>Abhängigkeit</u> z.Z. der Index-Untersuchung:			
- psychische Abhängigkeit	64%	89%	85%
- physische Abhängigkeit	36%	47%	31%
- Kontrollverlust	81%	74%	92%
<u>Trinkfolgen</u> z.Z. der Index-Untersuchung:	physisch/psychisch	psychosoziale Trinkfolgen dominieren	am ehesten körperliche Alkoholschäden
Suicidale Handlungen in der Vorgeschichte	+	+	0

Noch am meisten imponiert als eigenständige Unterform die Untergruppe U_1 , primärer episodischer Alkoholismus, die sich von den anderen Untergruppen in mehrfacher Hinsicht abtrennen läßt, während die Diskrepanzen zwischen U_2 und U_3 zwar in einzelnen Punkten nachvollziehbar, jedoch nicht von ähnlich genereller Bedeutung sind.

Inwieweit sich aus diesen Feststellungen bzw. der Konstitution von Untergruppen diagnostische, therapeutische oder prognostische Konsequenzen für die Krankheit episodischen Alkoholismus ziehen lassen, wäre gesondert zu untersuchen.

Möglicherweise müßte im Rahmen einer breiter angelegten Studie (z.B. multizentrisch, prospektiv) oder an einer anderen Grundgesamtheit an Patienten versucht werden, die Aussagen der vorliegenden hypothesengenerierenden Untersuchung zu bestätigen oder zu verwerfen.

Fundierte weitergehende Aussagen zu dem insgesamt doch seltenen und schwierigen Krankheitsbild des episodischen Alkoholismus zu gewinnen, wäre von theoretischem und klinisch-praktischem Interesse.

6. Zusammenfassung

Neben den quantitativ bedeutenderen Formen chronischen Alkoholismus imponiert der episodische beziehungsweise periodische Alkoholismus als eine der klinischen Manifestationsformen des Alkoholismus.

Auf der Grundlage einer Analyse der vorhandenen Literatur zu dieser Thematik (erstmalig, soweit feststellbar, 1819 diskutiert) wird versucht, die Vorstellungen, die in der Psychiatrie bisher zu Genese, Wesen und Therapie dieser Krankheit geäußert worden sind, zu referieren.

Aufbauend auf einer Darstellung der Motive für die Schaffung einer Typologie des Alkoholismus und deren Bedeutung sowie die Geschichte der Entstehung des Begriffs "Epsilon-Alkoholismus" unter besonderer Berücksichtigung des Beitrags JELLINEKS dazu, werden sodann verschiedene Aspekte des klinischen Bildes präzisiert sowie die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen episodischem Alkoholismus und verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern untersucht.

Als zentrale Erkenntnisse der Erhebung lassen sich folgende Gedankengänge zusammenfassen:

1. Es ist gerechtfertigt, episodischen und periodischen Alkoholismus als eigenständige Gruppe von Manifestationen der Alkoholkrankheit anzusehen (und nicht nur als Symptom einer anderen Krankheit oder als Phase im Verlauf einer chronischen Alkoholsucht), die dem von JELLINEK beschriebenen "Epsilon-Alkoholismus" entspricht. (5.3.2.2)

2. Im gleichen Maße wie Gamma- oder Delta-Alkoholismus hat diese Form erhebliche klinische Relevanz, wenngleich sie quantitativ eine wesentlich geringere Frequenz in der untersuchten Population als die genannten anderen Typen aufweist. (4,82%) (5.1)

3. Zwischen Männern und Frauen der untersuchten Alkoholikergruppe verteilt sich die episodische Trinkform etwa in der Relation 3:2 (5.2)

4. Hinsichtlich der Ausprägungen des klinischen Bildes sowie anhand psychodynamischer Aspekte lassen sich deutliche differentialdiagnostische Unterscheidungen gegen Fälle chronischen Alkoholismus treffen. (5.3.1)

5. Abhängig vom spezifischen Trinkstil beziehungsweise der zur Dipsomanie tendierenden prämorbidem Persönlichkeit zeigen die Alkoholfolgekrankheiten ein im Vergleich chronischen Alkoholismus anderes Spektrum: Geringeren somatischen (gastrointestinalen, vegetativen, neurologischen) und sozialen Schäden (Familie, Beruf) stehen höhere psychische Läsionen gegenüber. (5.4)

6. Aufgrund der unterschiedlichen Persönlichkeitsausprägung, des besonderen Trinkverhaltens, des anderen klinischen Bildes und der unterschiedlichen Alkoholfolgen erzielen episodische und periodische Trinker im Münchner Alkoholismus Test durchschnittlich etwas geringere Werte als chronische Trinker, werden aber durch dieses Verfahren trotzdem - und im Unterschied zu anderen Tests - mit hoher Sicherheit erfaßt. (5.5)

7. Die klinischen Bilder des episodischen und periodischen Alkoholismus sowie die zugrundeliegenden psychopathologischen Strukturen der Patienten sind äußerst heterogen gestaltet. (5.3.2)

Es wurden deshalb, analog den unterschiedlichen Entstehungsbedingungen, die Untergruppen innerhalb des untersuchten Krankheitsbildes definiert:

Bekannt sind Fälle, die sich primär, das heißt als episodische Trinker von Anfang an manifestiert haben (Untergruppe 1), ebenso wie Fälle, die sich aus vorhergehendem Konfliktrinken (Untergruppe 2) oder aus chronischem Alkoholabusus (Untergruppe 3) entwickelt haben.

Die gebildeten Untergruppen unterscheiden sich zum Teil erheblich voneinander hinsichtlich verschiedener anamnestischer und klinischer Aspekte. (5.7) Eine synoptische Übersicht der wesentlichsten differentialdiagnostischen Gesichtspunkte erfolgte in Tab. 62 (5.7.5).

Literaturverzeichnis

- (1) Abderhalden, E.: Bibliographie der gesamten wissenschaftlichen Literatur über den Alkohol und den Alkoholismus. Berlin 1904
- (2) Ahlström - Laakso, S.: Drinking Habits among Alcoholics. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 21. Forssa 1975
- (3) Amark, C.: A Study in Alcoholism. Acta psych. neurol. Scand. Suppl. 70 (1951)
- (4) Athen, D.; Schraner, B.: Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer Medizinischen Klinik. In: Keup, H. (Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart, New York 1981
- (5) Bailly - Salin, P.: Clinical Forms of Alcoholism Prevalent among Wine-Drinkers. In: Popham, R.E. (Hrsg.): Alcohol and Alcoholism. Toronto, Buffalo 1970
- (6) Battegay, R.; Hole, G.: Gruppentherapeutische Erfahrungen mit Toxikomanen. Schweizer Archiv f. Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 97 (1966) 318 - 328
- (8) Bauer, M.: Psychiatrie. Eine Einführung
Stuttgart 1973
- (9) in der Beeck, M.: Aera Contempora Alcoholica. Das typische Delir von heute. Öff. Gesundheitswesen 37 (1975) 192 - 194
- (10) Bertalanffy, L. von: Auf den Pfaden des Lebens.
Frankfurt/Main 1951
- (11) Bilz, R.: Trinker. Eine Untersuchung über das Erleben und Verhalten der Alkoholhalluzinanten. Stuttgart 1959

- (12) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 1. Auflage
Berlin 1916
- (13) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 14. Auflage
neubearbeitet von Bleuler, M. Berlin, Heidelberg, New York 1979
- (14) Boeters, U.: Psychiatrische Komplikationen des Alkoholismus.
Öff. Gesundheitswesen 37 (1975) 187 - 191
- (15) Bowman, K.M.; Jellinek, E.M.: Alcoholic Mental Disorders.
Quart. J. Stud. Alcohol 2 (1941) 312
- (16) Bowman, K.M.; Jellinek, E.M.: Alcohol Addiction and its Treatment.
In: Jellinek, E.M. (Hrsg.): Effects of Alcohol on the Individual.
Vol. 1 New Haven 1942
- (17) Bratz, D.: Alkohol und Epilepsie. Allgem. Z. Psychiatrie 56
(1899) 334 - 386
- (18) Brinkmann, R.: Untersuchung zur Persönlichkeit und sozialen
Stellung von Alkoholikern nach Suizidversuch. Diss. München 1973
- (19) Brühl-Cramer, C. von: Über die Trunksucht und eine rationelle
Heilmethode derselben. Berlin 1819 (nicht zugänglich, zit. nach
Gaupp, R.: Die Dipsomanie. Jena 1901
- (20) Bucelli: Parossismi alcolici et epileptici. I! poli-
clinico 1898, p. 345 es; Roma 1898
- (21) Bumke, O. (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten
Band 7, spez. Teil III, Berlin 1928
- (22) Cahalan, D.; Cishin, I.H.; Crossley, H.M.: American Drinking
Practices. New Haven 1969

- (23) Cahalan, D.: Implications of American Drinking Practices and Attitudes for Prevention and Treatment of Alcoholism. In: Marlatt, G.A.; Nathan, P.E.: Behavioral Approaches to Alcoholism. New Brunswick, New Jersey 1978.
- (24) Cappelletti, L.: Dipsomania periodica primaria, Dipsomania cronica secondaria. (Considerazioni cliniche) Boll. d. maniac. prov. di Ferrara XXIV, no. 5-6, p. 1-9, 1896
- (25) Charlin, A.; Gardien, P.; Marty, P.: Dipsomanies - données pathogéniques. Ann. med. psych. 104 (1946) 38 - 47
zit. nach: Abstract in: Quart. J. Stud. Alcohol 7 (1947) 606
- (26) Clark, P.M.S.; Kricka, L.J.: Medical Consequences of Alcohol Abuse. New York, Chichester, Brisbane, Toronto 1980
- (27) Colla, Dr.: Verschiedene Formen der Alkoholvergiftung. In: Centralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus (Hrsg.): Der Alkoholismus, seine Wirkung und seine Bekämpfung. IV. Teil Berlin 1907
- (28) Coriat, J.H.: The Psychopathology and Treatment of Alcoholism. Brit. J. Inebr. 9 (1912) 138
zit. nach Floch, M.: Imprisoned Abnormal Drinkers. Application of the Bowman - Jellinek Classification Schedule to an Institutional Sample. Quart. J. Stud. Alcohol 7 (1947) 518
- (29) Criteria Committee, National Council on Alcoholism: Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Americ. J. Psychiatr. 129 (1972) 127 - 135
- (30) Curlee, J.: A Comparison of Male and Female Patients at an Alcoholism Treatment Center. Journal of Psychology 74 (1970) 239 - 247

- (31) Deutscher Bundestag (Hrsg.): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Psychiatrie-Enquete, Bonn 1975
- (32) Edwards, G.: The Alcohol Dependence Syndrom. Usefullness of an Idea. In: Edwards, G., M. (Hrsg.): Alcoholism. New Knowledge and New Responses. London 1977
- (33) Esquirol: Traité des maladies mentales. Paris 1838, Band II, zit. nach Gaupp, R.: Die Dipsomanie. Jena 1901
- (34) Feuerlein, W.: Sucht und Süchtigkeit. Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969) 2593 - 2600
- (35) Feuerlein, W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? Tendenzen suizidalen Verhaltens. Nervenarzt 42 (1972) 127
- (36) Feuerlein, W.; Kunstmann, G.: Die Häufigkeit des Alkoholismus Münchner Medizinische Wochenschrift 115 (1973) 1991
- (37) Feuerlein, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. 1. Auflage Stuttgart 1975
- (38) Feuerlein, W.: Ist Alkoholismus eine Krankheit? Caritas 4/5 (1975) 204 - 208
- (39) Feuerlein, W.: Alkoholismus, Schwäche oder Krankheit. Vom Wandel in der Sicht des Alkoholkranken. Hamm 1976
- (40) Feuerlein, W.; Küfner, H.; Ringer, C.; Antons, K.: MALT. Münchner Alkoholismustest. Manual Weinheim 1979
- (41) Feuerlein, W.: Psychologische Theorien von Sucht und Abhängigkeit. In: Peters, U.H. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band X: Ergebnisse für die Medizin (2) 841 - 849 Zürich 1980

- (42) Feuerlein, W.: Aktuelle Probleme des Alkoholismus. Übersicht - Epidemiologie. In: Wieck, H.H.; Schrader, A.; Daun, H.; Witkowski, R. (Hrsg.): Krankheit Alkoholismus. Epidemiologie - Symptomatologie - Diagnose - Therapie. Erlangen 1982
- (43) Finke, R.: Alkoholismus bei Frauen. Diagnostik und Erscheinungsbild. Diss. München 1980
- (44) Floch, M.: Imprisoned Abnormal Drinkers. Application of the Bowman - Jellinek Classification Schedule to an Institutional Sample. Quart. J. Stud. Alcohol 7 (1947) 518
- (45) Fuchs, Dr.: Ein Fall von periodischer Trunksucht. Zeitschrift f. Staatsarzneikunde 34 (1837) 55 - 71
- (46) Galanter, M. (Hrsg.): Recent Developments in Alcoholism, Vol. 1 New York, London 1983
- (47) Gaupp, R.: Die Dipsomanie. Jena 1901
- (48) Gauster, M.: Psychische Entartungen. In: Maschka, J.: Handbuch der gerichtlichen Medizin. 417 - 494 Tübingen 1882
- (49) Glatt, M.: A Guide to Addiction and its Treatment. Margate 1974
- (50) Goodwin, D.W.: Alcoholism and Affective Disorders. In: Solomon, J. (Hrsg.): Alcoholism and Clinical Psychiatry. New York, London 1982
- (51) Gottheil, E.: Fixed Intervall Drinking Decision. Quart. J. Stud. Alcohol 33 (1972) 311 - 324
- (52) Griesinger, W.: Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1845
- (53) Gruner, W.: Medizinisch-psychiatrische Aspekte des Jugendalkoholismus. In: Bundesvereinigung f. Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.) Jugend und Alkohol. Bad Kissingen 1975

- (54) Guislain, J.: Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten
Berlin 1854
- (55) Hatohani, N.: Psychoneuroendocrinology. Basel, München 1974
- (56) Hatohani, N.; Nomura, S.: Neurobiology of Periodic Psychoses
Tokyo, New York 1983
- (57) Hauffe, D.: Der Alkoholismus und die Ausmerzung Asozialer
und Psychopathen. In: Der Öffentliche Gesundheitsdienst
(1939) 175 - 178
- (58) Henke, A.: Bemerkungen über die Lehre von der Trunksucht.
Zeitschrift für Staatsarzneikunde, 8. Ergänzungsheft 1830
181 - 233
- (59) Hoegg, U.: Rehabilitation von Alkoholkranken im Betrieb. In:
Maul, D. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz, Hamburg 1979
- (60) Hoff, E.C.: The Alcoholism. In: Proceedings of the 28th International
Congress on Alcohol and Alcoholism. Highland Parks 1969
- (61) Hoppe, H.: Die Tatsachen über den Alkohol. München 1912
- (62) Horn, J.L.; Wanberg, K.W.: Symptom Patterns Related to
Excessive Use of Alcohol. Quart. J. Stud. Alcohol 30 (1969)
35 - 58
- (63) Hufeland, C.W.: Vorwort zu: von Brühl-Cramer: Über die Trunksucht
und eine rationelle Heilmethode derselben. Berlin 1819 (nicht
zugänglich, zit. nach Gaupp, R.: Die Dipsomanie. Jena 1901)
- (64) Huss, M.: Chronische Alkoholkrankheit. Stockholm 1849
Deutsche Übersetzung: Leipzig 1852
- (65) Hutchinson: Report of the Glasgow Lunatic Asylum. Zit. nach:
Huss, M.: Chronische Alkoholkrankheit. Stockholm 1849
Deutsche Übersetzung: Leipzig 1852

- (66) Jackson, J.K.: Types of Drinking Patterns of Male Alcoholics.
Quart. J. Stud. Alcohol 19 (1958) 269
- (67) Jähnig, H.: Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. In:
Szewczyk, H. (Hrsg.): Der Alkoholiker, Alkoholmißbrauch und
Alkohol kriminalität. Jena 1979
- (68) Janz, D.: Die Epilepsien. Stuttgart 1969
- (69) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1965
- (70) Jellinek, E.M.; Jolliffe, N.: Effects of Alcohol on the Individual.
Quart. J. Stud. Alcohol 1 (1940) 110 - 181
- (71) Jellinek, E.M.: Phases in Drinking History of Alcoholics.
Quart. J. Stud. Alcohol 7 (1946) 1 - 88
- (72) Jellinek, E.M.: Phases of Alcohol Addiction. WHO, Techn. Rep.
Serv. No. 48 (1952). Nachdruck: Quart. J. Stud. Alcohol 13 (1952)
673 - 684
- (73) Jellinek, E.M.: The Disease Concept of Alcoholism. New Haven 1960
- (74) Jellinek, E.M.: Alcoholism, a Genus and Some of its Species.
Canad. med. Ass. J. No. 83 (1960) 1341 - 1345
- (75) Joel, E.: Die Behandlung der Giftsuchten. Leipzig 1928
- (76) Keller, M.: On the Loss-of-control-phenomenon in Alcoholism.
Brit. J. Addict. 67 (1972) 153 - 166
- (77) Keller, M.: The Oddities of Alcoholics. In: Pattison, E.M.;
Sobell, M.B.; Sobell, L.C. (Hrsg.): Emerging Concepts of Alcohol
Dependence. New York 1977
- (78) Kepp, R.; Stemmler, H.: Lehrbuch der Gynäkologie. Hrsg. von: Kaiser, R.;
Pfleiderer, A. . 14. Auflage Stuttgart, New York 1982

- (79) Kern, G.: Gynäkologie. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 2. Aufl.
Stuttgart 1973
- (80) Knigge, F.: Über Periodizität und periodische Geistesstörungen.
Fortschr. Neurol. Psych. 12 (1940) 425 - 444
- (81) Kraepelin, E.: Compendium der Psychiatrie. Leipzig 1883
- (82) Kraepelin, E.: Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig 1893
- (83) Kraepelin, E.: Einführung in die psychiatrische Klinik.
Leipzig 1901
- (84) von Krafft-Ebing, R.: Psychosis menstrualis. Eine klinisch-
forensische Studie. Stuttgart 1902
- (85) Kryspin-Exner, K.: Psychosen und Prozeßverläufe des Alkoholismus.
Wien 1966
- (86) Kryspin-Exner, K.: Stichwort Alkoholismus. In: Müller, C.
(Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York 1973
- (87) Küffner, W.: Epilepsie und Alkohol. Z. Neurologie u. Psychiatrie 111
(1927) 145 - 158
- (88) Lawrence, F.E.: The Outpatient Management of the Alcoholic.
Quart. J. Stud. Alcohol, Suppl. 1 (1961) 117
- (89) Legrain: Hérité et Alcoolisme. Paris 1889. Zit. nach Marguliés, A.:
Über Pseudodipsomanie. Prager Mediz. Wochenschrift 24 (1899) 307 u. 321
- (90) Lennox, W.G.: Alcohol and Epilepsy. Quart. J. Stud. Alcohol 2 (1941)
1 - 11
- (91) Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. 5. Aufl.
Berlin / DDR 1980
- (92) Levine, S.: Hormones and Behavior. New York, London 1972

- (93) Lustig, B.: Alkoholismus und Suchtprobleme in der Sowjetunion. Berlin 1964
- (94) Lustig, B.: Über Alkoholismusprobleme in der Sowjetunion. In: Harmsen, H, (Hrsg.): Alkoholismus und Suchtprobleme in der UdSSR, in Polen, in der CSSR und in Mitteldeutschland. Akademie für Staatsmedizin, Band XXXIV. Hamburg 1966
- (95) Madden, J.S.: A Guide to Alcohol and Drug Dependence. Bristol 1979
- (96) Magnan-Briand, V.: Leçons cliniques sur la Dipsomania. Paris 1884. Nicht zugänglich, zit. nach Gaupp, R.: Die Dipsomanie. Jena 1901
- (97) Malka, R.; Fouquet, P.; Vachonfrance, G.: Alcoologie. Paris, New York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paolo 1983
- (98) Mapother, E.: Brit. J. Inebr. 36 , 103
Zit. nach Jellinek, E.M.; Jolliffe, N.: Effects of Alcohol on the Individual. Quart. J. Stud. Alcohol 1 (1940) 110 - 181
- (99) Marconi, J.: The Concept of Alcoholism. Quart. J. Stud. Alcohol 20 (1959) 216 - 235
- (100) Marconi, J.; Fink, K.; Moya, L.: Experimental Study on Alcoholics with an "Inability to Stop". Brit. J. Psychiatry 113 (1967) 543 - 545
- (101) Marconi, J.: Etiological and Clinical Aspects. In: Popham, R.E. (Hrsg.): Alcohol and Alcoholism. Toronto, Buffalo 1970
- (102) Marguliés, A.: Über Pseudodipsomanie. Prager Mediz. Wochenschrift 24 (1899) 307 und 321
- (103) Mc Cullough, W.E.: A Two Year Survey of Alcoholic Patients in a California State Hospital. Quart. J. Stud. Alcohol 13 (1952) 240
- (104) Menninger-Lerchenthal, E.: Periodizität in der Psychopathologie. Wien, Bonn, Bern 1960

- (105) Merry, J.: The "Loss of Control" Myth. *The Lancet* 1 (1966) 1257 - 1258
- (106) Miller, M.M.: Prognosis in Periodic and Daily Inebriates. *Quart. J. Stud. Alcohol* 5 (1944/45) 430
- (107) Mills, J.N.: Human Circadian Rhythm. *Physiol. Review* 46 (1966) 128
- (108) Monod, J.: Zufall und Notwendigkeit. Philosophische Fragen der modernen Biologie. München 1981
- (109) Moore, M.: *New England J. Med.* 221, 489
zit. nach: Jellinek, E.M.; Joliffe, N.: Effects of Alcohol on the Individual. *Quart. J. Stud. Alcohol* 1 (1940) 110 - 181
- (110) Müller, E.H.: Einige Beziehungen des Alkoholismus zur Ätiologie der Epilepsie. *Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie* 28 (1910) 1 - 23
- (111) Müller, M.: Internationale Richtlinien für die Erfassung und Behandlung des Alkoholismus. *Wiener Z. Nervenheilkunde* 9 (1954) 54 - 60
- (112) Neundorfer, B.: Die sogenannte Spätepilepsie. *Wiener klin. Wochenschrift* 90 (1978) 765 - 772
- (113) Odermatt, J.: Alkohol heute. Lausanne 1969
- (114) Orford, J.; Edwards, G.: *Alcoholism*. Oxford 1977
- (115) Pappenheim, Dr.: Bemerkungen in *Z. Neurolo.* 11 (1912) 333
- (116) Paredes, A.; Hood, W.R.: Loss of Control in Alcoholism: An Investigation of the Hypothesis, with Experimental Findings. In: Pattison, E.M.; Sobell, M.B.; Sobell, L.C. (Hrsg.): *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York 1977
- (117) Pattison, E.M.: Comment on the Alcoholic Game. *Quart. J. Stud. Alcohol* 33 (1969) 1049

- (118) Peserico, M.: La dipsomania è veramente un impulso?
Archivo Generale di Neurologia, Psichiatria e Psic. No. 17
(1936) 247 - 252
- (119) Pilcz, A.: Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. Jena 1901
- (120) Pilcz, A.: Lehrbuch der Speziellen Psychiatrie. Leipzig/Wien 1904
- (121) Pisk, G.: Über Dipsomanie bei Frauen. Mschr. Psychiatrie u. Neurologie 93 (1936) 218 - 235
- (122) Plant, M.A.: Drinking Careers. London 1979
- (123) Rachowski, A.: Dipsomania a alkoholizm przewlekły (Dipsomania and Chronic Alcoholism). Psychiatr. polsk. Warsz. (1969) 575 - 580;
zit. nach: Abstract: Quart. J. Stud. Alcohol 32, Vol. B (1971) 840
- (124) Rado, S.: Psychoanalyse der Pharmakothymie (Rauschgiftsucht). Intern. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Nr. 20 (1934) 16 - 32
- (125) Reyss-Brion, R.: Alcool, boissons alcoolisées et alcoolisme. Cah. med. Lyon 39 (1963) 573 - 583. Zit. nach: Quart. J. Stud. Alcohol 26 (1965) 147
- (126) Richter, M.: Erkennung von Alkoholikern. Erprobung eines neuen diagnostischen Fragebogens an einer männlichen Probandengruppe. Diss. München 1976
- (127) Rieth, E.: Besonderheiten des Frauenalkoholismus. Das öffentl. Gesundheitswesen 39 (1977) 23 - 26
- (129) Ringel, E. Sucht und Suizid. Freiburg 1976
- (130) Ringel, E.: Das präsuizidale Syndrom und seine Beziehung zur Dynamischen Psychiatrie. Dynam. Psychiatrie 54 (1979) 1 - 14

- (131) Room, R.: Comment on the Alcoholists Addiction. Quart. J. Stud. Alcohol 30 (1972) 953
- (132) Royce, J.E.: Alcohol Problems and Alcoholism. A Comprehensive Survey. New York, London 1981
- (133) Salvatori: Commentatio pathologica et therapeutica de ebrietate continua, remittende et intermittende. In: Comment. societ. phys. med. Mosq. 1821, P II. Nicht zugänglich, zit. nach: Gaupp, R.: Die Dipsomanie. Jena 1901
- (134) Schrappe, O.: Toxikomanie. In: Peters, H.H. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band X: Ergebnisse für die Medizin (2), 850 - 860, Zürich 1980
- (135) Schüle, H.: Handbuch der Geisteskrankheiten. O.O. 1880
- (136) Seyfeddinipur: Alkohologene epileptische Anfälle. Med. Welt 26 (1975) 323 - 326
- (137) Shaw, S.; Cartwright, A.; Spratley, T.; Harwin, J.: Responding to Drinking Problems. London 1978
- (138) Shelly, C.H.; Goldstein, G.: An Empirically derived Typology of Hospitalized Alcoholics. In: Goldstein, G.; Neusinger, C.: Empirical Studies of Alcoholism. Cambridge, Mass. 1976
- (139) Solms, W.: Zur Frage der Monomanien. Teil II: Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie. Wiener Z. f. Nervenheilkunde XI/2 (1955) 165 - 195
- (140) Stein, L.I.; Niles, D.; Ludwig, A.: The Loss of Control Phenomenon in Alcoholics. Quart. J. Stud. Alcohol 29 (1968) 598 - 602
- (141) Steinhausen, J.: Die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs eine Aufgabe der Frau. Berlin 1906

- (142) Stemplinger, F.: Alkoholikerfibel für den Arzt. Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer, Band 27. München 1972
- (143) Stürmer, M.: Katamnestische Untersuchungen zu Anamnese und Therapie von alkoholkranken Patienten. Diss. München 1982
- (144) Szasz, T.S.: Bad Habits are not Diseases. A Refutation of the Claim that Alcoholism is a Disease. Lancet (2) (1972) 83 - 84
- (145) Tamburini, A.: Contributo allo studio medico legale della dipsomania e dell'alcoolismo. Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale, XI fasc. II/III, p. 150. Reggio-Emilia 1885
- (146) Trice, H.M.: Alcoholics Anonymous. In: Bacon, S.D.: Understanding Alcoholism. Philadelphia 1958
- (147) Trotter: De ebrietate ejusque effectibus in corpus humanum. Diss. . Edinburg 1780; nicht zugänglich, zit. nach Gaupp, R.: Die Dipsomanie. Jena 1901; und Wieser, S.: Alkoholismus I: 1940 - 1959. Fortsch. Neurol. Psychiatrie 30 (1962) 169 - 228
- (148) Urban, R.: Probleme des Alkoholismus in der Tschechoslowakei. In: Harmsen, H. (Hrsg.): Alkoholismus und Suchtprobleme in der UdSSR, in Polen, in der CSSR und in Mitteldeutschland. Akademie für Staatsmedizin, Band XXXIV. Hamburg 1966
- (149) Vencovsky, E.: Über Menstruationspsychosen. Zbl. Neurol. 86 (1937) 681
- (150) Volbehr, H.: Symptomwechsel zwischen Sucht und psychosomatischer Erkrankung aus Ich-struktureller Sicht. Dynamische Psychiatrie 61/62 (1980) 71 - 82
- (151) Walton, H.J.: Personality as a Determinant of the Form of Alcoholism. Brit. J. Psych. 114 (1968) 761 - 766, zit. nach: Quart. J. Stud. Alcohol 30 (1969) 1031

- (152) Wanke, K.; Täschner, K.L.; Hünnekens, H.: Soziale Dienste für Suchtkranke und delinquente Kinder und Jugendliche. Bonn 1976
- (153) Wanke, K.; Täschner, K.L.; Mangold, S.; Hausner, W.: Die Häufigkeit des Alkoholismus in stat. psychiatr. Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland. In: Berger, H.; Legnaro, A.; Reuband, K.H. (Hrsg.): Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980. 127 - 134
- (154) Weygandt, W.: Atlas und Grundriss der Psychiatrie. München 1912
- (155) Wessely, P.: Analyse der im Rahmen der Alkoholkrankheit aufgetretenen Anfälle. Wiener Z. Nervenheilkunde 31 (1973) 63 - 89
- (156) Wessely, P.: Das EEG bei Alkoholikern mit epilept. Manifestationen. Wiener klinische Wochenschrift 86 (1974) 618 - 621
- (157) Wieser, S.: Alkoholismus I: 1940 - 1959. Fortsch. Neurol. Psychiatrie 30 (1962) 169 - 228
- (158) Wieser, S.: Alkoholismus II: Psychiatrische Komplikationen. Fortschr. Neurol. Psychiatrie 33 (1965) 349 - 409
- (159) Wieser, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen. Herford 1973
- (160) Wieser, S.: Psychische Überforderungsreaktionen: V. Zur Periodizität abnormer Erlebnisreaktionen. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie 206 (1964) 96 - 112
- (161) WHO, Techn. Report Series No. 48 (1951); Deutsche Übersetzung in Habernoll, A. (Hrsg.): Das Problem des Alkoholismus. Stuttgart 1956
- (162) WHO: International Classification of Diseases, 8. Revision Deutsche Übersetzung von Mombour, W.; Kockott, G.; Berlin, Heidelberg, New York, 2. Aufl. 1971

- (163) WHO: International Classification of Diseases, 9. Revision
Deutscher Herausgeber: von Degwitz, R.; Berlin, Heidelberg,
New York 1980
- (164) Wlassak, R.: Grundriss der Alkoholfrage. Leipzig 1922
- (165) Zapotoczky, H.H.: Das Problem des Rückfalls. In: Kryspin-Exner, K.
(Hrsg.): Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit.
Wien 1969
- (166) Zucker, R.A.; Harford, T.C.: National Study of the Demography
of Adolescent Drinking Practices in 1980. Journal of Stud. Alcohol 44
(1983) 974

Zum Anhang:

- (167) Hartung, J., Elpelt B.; Multivariate Statistik. München, Wien 1986

Anhang:

Erhebungsbogen: Episodische Trinker

Lfd. Nr.

INR Geschlecht ..

- 0 1 2 9 Alkoholberufe (mind. 6 Monate Tätigkeit)
(z.B. Gastwirt, Bedienung, Beschäftigter in der
Alkoholproduktionsindustrie, im Alkoholhandel)
- 0 1 2 9 Alkoholgefährdete Berufe (mind. 6 Monate Tätigkeit)
(z.B. Bau-, Transport-, Schiffsfahrts-Berufe, Außendienst)

- 0 1 2 9 Mißbrauch von Schlafmitteln welche?
0 1 2 9 Mißbrauch von Schmerzmitteln
0 1 2 9 Mißbrauch von Opiaten u. Derivaten
0 1 2 9 Mißbrauch von Psychopharmaka
0 1 2 9 Mißbrauch von Weckaminen
0 1 2 9 Mißbrauch von Halluzinogenen und/oder
flüchtigen Lösungsmitteln
0 1 2 9 Mißbrauch von Cannabis

Beginn des Alkoholabusus

- 1 vor dem 16. Lj.
2 16. - 20. Lj.
3 21. - 30. Lj.
4 31. - 40. Lj.
5 41. - 50. Lj.
6 51. - 60. Lj.
7 nach dem 60. Lj.
9 unbekannt

Frequenz des Alkoholabusus in den
letzten 2 Jahren

- 1 täglich
2 fast täglich
3 episodisch
4 periodisch
5 ausgesprochen. Wochenendtrinken
9 unbekannt

Konsum in den letzten 2 Jahren

- 1 gleichbleibend
2 ansteigend
3 abnehmend
9 unbekannt

Trinkzeiten in den letzten 2 Jahren

- 1 nur zu den Mahlzeiten
2 ab morgens diffus
3 ab mittags diffus
4 ab abends diffus
9 unbekannt

Trinkpausen

- 0 niemals bzw. negiert
1 1x für weniger als 1 Monat
2 1x für 1 - 6 Monate
3 1x für mehr als 6 Monate
4 mehrmals f. weniger als 1 Monat
5 mehrmals f. 1 - 6 Monate
6 mehrmals f. mehr als 6 Monate
9 unbekannt

Rauschtrinken

- 0 negiert
1 weniger als 1x monatl.
2 1 - 3x monatl.
3 1 - 3x wöchentl.
4 (fast) täglich
9 unbekannt

Trinkgesellschaft

- 1 vorwiegend allein
2 vorwiegend mit Partner
3 vorwiegend in Gesellschaft:
gleichbleibende Gruppe
4 vorwiegend in Gesellschaft:
wechselnde Gruppe
5 keine Bevorzugung
9 unbekannt

Trinkort

- 1 vorwiegend zu Hause
2 vorwiegend Gaststätte (Bar, Café)
3 vorwiegend Betrieb
4 vorwiegend Verein u. ä.
5 vorwiegend sonst. Stellen
6 diffus, d.h. keine Bevorzugung (=Kombinat.)
9 unbekannt

Art der alkoholischen Getränke

- 1 vorwiegend Bier
- 2 vorwiegend Weiß- und Rotwein
- 3 vorwiegend Süd- und Fruchtwein
- 4 vorwiegend Wermuth-Wein
- 5 vorwiegend Sekt
- 6 vorwiegend Schnaps
- 7 vorwiegend Cocktail
- 8 keine Bevorzugung

- 0 1 2 9 Appetitstörungen
- 0 1 2 9 Brechreiz, Erbrechen
- 0 1 2 9 Hyperhidrosis
- 0 1 2 9 Tachycardie
- 0 1 2 9 Diarrhoe
- 0 1 2 9 Tremor
- 0 1 2 9 Nächtl. Unruhe, Schlafstörungen
- 0 1 2 9 Angst
- 0 1 2 9 Affektlabilität
- 0 1 2 9 Gedächtnisstörungen
- 0 1 2 9 Halluzinationen

Typisierung nach JELLINEK

- 0 nicht einzuordnen
- 1 Alpha-Typ
- 2 Beta-Typ
- 3 Gamma-Typ
- 4 Delta-Typ
- 5 Epsilon-Typ
- 6 unbekannt

0 1 2 9 Ist jemals Verwahrung, Entmündigung oder Pflegschaft im Zusammenhang mit Alkoholabusus verfügt worden?

0 1 2 3 9 Jemals Führerscheinentzug wegen Alkoholabusus?

0 1 2 3 9 Arbeitsplatzverlust?

0 1 2 3 9 Scheidung?

Erlerner Beruf:

- 0 Arbeiter
- 1 Angestellter oder Beamter
- 2 Selbständiger, Freiberufler
- 3 Soldat
- 4 noch in Ausbildung
- 5 Rentner, Pensionist
- 6 mindestens 3 Monate arbeitslos
- 7 Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung
- 8 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung
- 9 unbekannt

Tägliche Alkoholmenge in den letzten 2 Jahren (geschätzt)

- 1 100 ml
- 2 100 - 200 ml
- 3 200 - 300 ml
- 4 300 - 400 ml
- 5 400 - 500 ml
- 6 500 ml
- 9 unbekannt

- 0 1 2 9 Orientierungsstörungen
- 0 1 2 9 Eifersuchtsideen
- 0 1 2 9 Depressive Verstimmungen
- 0 1 2 9 Erregungszustände unter Alkohol
- 0 1 2 9 "Black out" (alkohol. Palimpsest)
- 0 1 2 9 Epilept. Anfälle
- 0 1 2 9 Delir
- 0 1 2 9 Halluzinose
- 0 1 2 9 Korsakow-Syndrom
- 0 1 2 9 Abnormer Rausch
- 0 1 2 9 Kontrollverlust
- 0 1 2 9 Psychische Abhängigkeit
- 0 1 2 9 Physische Abhängigkeit

Ausgeübter Beruf:

- 0 Arbeiter
- 1 Angestellter oder Beamter
- 2 Selbständiger, Freiberufler
- 3 Soldat
- 4 noch in Ausbildung
- 5 Rentner, Pensionist
- 6 mindestens 3 Monate arbeitslos
- 7 Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung
- 8 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung
- 9 unbekannt

Beginn des episodischen Trinkens:

- 1 seit 1 Monat
- 2 seit 2 - 6 Monaten
- 3 seit 7 - 12 Monaten
- 4 seit 1 - 2 Jahren
- 5 seit 3 - 5 Jahren
- 6 seit mehr als 5 Jahren
- 9 unbekannt

Suizidversuch und Selbstmord:

- 0 negiert bzw. nein
- 1 SMV (auch dringender Verdacht auf SMV),
der zur jetzigen Aufnahme führte
(außer erweiterter SMV)
- 2 SMV (auch dringender Verdacht auf SMV)
während der Behandlung in der Klinik
bzw. Poliklinik oder innerhalb 1
Woche nach Abschluß der Klinik- bzw.
Poliklinik-Behandlung
- 3 erweiterter SMV
- 4 SMV in der Vorgeschichte
- 5 Kombinationen (1 - 4)
- 6 Selbstmord während oder innerhalb 1
Woche nach Entlassung aus der Klinik
bzw. Poliklinik
- 9 unbekannt

Auftreten bei/an:

- 0 typischen Prodromen
- 1 Stress
- 2 sozialem Druck: Ehe / Familie
- 3 sozialem Druck: Beruf o. ä.
- 4 Wochenenden
- 5 Verführung zum Trinken
- 6 Isolation
- 7
- 9 unbekannt

Entwicklungstendenz der Trinkphasen:

- 1 gleichbleibende, strenge Periodik
- 2 kürzer werdend
- 3 länger werdend
- 4 variierend
- 9 unbekannt

Prädispositionszeiten:

- 0 entfällt
- 1 Schwangerschaft
- 2 Geburt
- 3 Klimakterium
- 4 menstruationsgebunden
- 5 Scheidung
- 6 lebensgeschichtlich relevante Ereignisse
- 7
- 8
- 9 unbekannt

Prodromalsignale:

- 0 1 2 9 Auftreten
- 0 1 2 9 Unruhe
- 0 1 2 9 Reizbarkeit
- 0 1 2 9 Lebensüberdruß
- 0 1 2 9 Unfähigkeitsgefühl
- 0 1 2 9 Schlaflosigkeit
- 0 1 2 9 Neuralgien
- 0 1 2 9 Appetitlosigkeit
- 0 1 2 9 Müdigkeit, Abgeschlagenheit
- 0 1 2 9 trockene Haut / Zunge
- 0 1 2 9 langsamer Puls
- 0 1 2 9 sonstige Herz-, Kreislaufbeschwerden
- 0 1 2 9 querulatorisch
- 0 1 2 9 streitsüchtig
- 0 1 2 9 Wutausbrüche
- 0 1 2 9 depressive Verstimmungen
- 0 1 2 9 manische Verstimmungen
- 0 1 2 9 Angst
- 0 1 2 9
- 0 1 2 9

Anzahl der Episoden:

- 1 erste Episode
- 2 2. - 5. Episode
- 3 6. - 10. Episode
- 4 11. - 20. Episode
- 5 mehr als 20 Episoden
- 6
- 9 unbekannt

Länge der Phasen:

- 1 wenige Stunden
- 2 1 Tag
- 3 2 - 4 Tage
- 4 5 - 7 Tage
- 5 8 - 14 Tage
- 6 2 - 4 Wochen
- 7 länger als 4 Wochen
- 9 unbekannt

Entwicklungstendenz der Zwischenphasen:

- 1 gleichbleibend
- 2 kürzer werdend
- 3 länger werdend
- 4 variierend
- 9 unbekannt

Länge der Zwischenphasen:

- 1 bis eine Woche
- 2 1 - 2 Wochen
- 3 2 - 4 Wochen
- 4 4 - 8 Wochen
- 5 12 Wochen
- 6 länger als 12 Wochen
- 9 unbekannt

Trinkverhalten während der Zwischenphasen:

- 1 Abstinenz
- 2 kontrolliertes Trinken
- 3 variierend
- 4 massiver Konsum
- 5
- 9 unbekannt

Frühere Behandlung:

- 0 keine
- 1 Selbstheilungsversuch
- 2 ambulante Behandlung
- 3 stationärer Entzug
- 4 alkoholsensib. Mittel
- 5 Selbsthilfe-Gruppentherapie
- 6 Alkoholismustherapie ärztl./psychol.
- 9 unbekannt

Sequenz der Trinkformen:

- 0 Episodisches Trinken seit Beginn
- 1 Konflikttrinken - episod. Trinken
- 2 Gewohnheitstrinken - episod. Trinken
- 3 Episodisches Trinken - chronisches Trinken
- 4 variierend
- 5
- 9 unbekannt

Zweitdiagnose

Dritt-diagnose

Münchener Alkoholismus-Test (MAT)

1. Teil: Fremdbeurteilung (MAT-F)
2. Teil: Selbstbeurteilung (MAT-S)

Anleitung:

Der Fremdbeurteilungsteil ist vom Arzt anhand seiner Untersuchungsergebnisse und Anamneseerhebung auszufüllen. Der Selbstbeurteilungsteil ist entsprechend der dort gegebenen Anleitung vom Patienten selbständig auszufüllen. Bei der Testauswertung ist darauf zu achten, daß alle Aussagen des Selbstbeurteilungsteiles vom Patienten entweder als zutreffend oder als nicht zutreffend angekreuzt worden sind.

Testauswertung:

Zur Testwertbestimmung wird aus beiden Testteilen (MAT-F und MAT-S) ein gemeinsamer Summenwert gebildet. Dabei erhalten die vom Arzt als zutreffend bezeichneten Punkte des MAT-F eine vierfache, die vom Patienten als zutreffend angekreuzten Aussagen des MAT-S eine einfache Gewichtung.

Summenwertberechnung für den Gesamttest:

Summenwert der Fremdbeurteilung (MAT-F): x 4 =

Summenwert der Selbstbeurteilung (MAT-S).....:

Gesamt-Testwert:
=====

Diagnosestellung:

Testwert von 6 bis 10 Punkten: Verdacht auf Alkoholismus

Testwert von 11 u. mehr Punkten: Alkoholismus

Datum:

Name: Vorname: Geb.-dat.

- | | trifft
zu | trifft
nicht zu |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Lebererkrankung.....
(Mindest. ein klin. Symptom: z.B. vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz o. a. <u>und</u> mindest. ein Laborwert: z.B. GOT, GPT oder Gamma-GT sind notwendig.) | ☐ | ☐ |
| 2. Polyneuropathie
(Trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, z. B. Diabetes mellitus oder eindeutige chron. Vergiftungen.) | ☐ | ☐ |
| 3. Delirium tremens
(jetzt oder in der Vorgeschichte) | ☐ | ☐ |
| 4. Alkoholkonsum von mehr als 150 ml (bei Frauen 120 ml) reinem Alkohol pro Tag mindestens über einige Monate | ☐ | ☐ |
| 5. Alkoholkonsum von mehr als 300 ml (bei Frauen 240 ml) reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat | | |
| 6. Foetor alcoholicus
(z. Zt. der Ärztlichen Untersuchung) | ☐ | ☐ |
| 7. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben schon einmal Rat gesucht wegen Alkoholproblemen des Patienten
(z. B. beim Arzt, der Familienfürsorge oder anderen entsprechenden Einrichtungen) | | |

+ Anhaltspunkte zur Bestimmung der reinen Alkoholmengen:

Alkoholgehalt verschiedener Getränke	getrunkene Mengen in ml reinem Alkohol	
	zu 4. täglich	zu 5. 1x im Mon.
1.0 l Bier (ca. 4% Alk.) = 40 ml		
0.7 l Wein (ca. 10% Alk.) = 70 ml		
0.7 l Sekt (ca. 12% Alk.) = 84 ml		
0.7 l Südwein (ca. 20% Alk.) = 140 ml		
0.7 l Likör (ca. 30% Alk.) = 210 ml		
0.7 l Schnaps (ca. 40% Alk.) = 280 ml		
1 kl. Schnaps (ca. 0.02 l) = 8 ml		
1 gr. Schnaps (ca. 0.04 l) = 16 ml		
Gesamtalkoholmenge (täglich bzw. 1x im Monat)		

1. In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände ...
2. Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz
3. Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren
4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten
5. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. dem zweiten Frühstück Alkohol trinke
6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken
7. Ich denke häufig an Alkohol
8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde
9. In den Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen
10. An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht
11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich alleine bin
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt
14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten trinken)
15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken
16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme
17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen
18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben
19. Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht ..
20. Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke
21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht
22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben
23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden
24. Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen

Statistische Berechnungen zu einzelnen Items der Untergruppen episodischer Alkoholiker

Bei der statistischen Überprüfung der gewonnenen Rohdaten konnte nicht, wie vorgesehen, zur Prüfung der Unabhängigkeit der untersuchten Variablen der χ^2 -Test angewendet werden. Dieser Test würde in der Regel vollbesetzte Kontingenztafeln zur Prüfung der Unabhängigkeit voraussetzen (z.B. $n_{ij} > 0$ für alle $i, j \in \{1, \dots, l\} \times \{1, \dots, c\}$ bei 2-dimensionalen Kontingenztafeln). Ebenfalls sind die verschiedenen Assoziationsmaße, die auf der χ^2 -Statistik beruhen (wie z.B. Pearson-Kontingenzkoeffizient, Tschuprow- oder Cramer-Assoziationsmaß) von der obigen Annahme abhängig. Zur Bestimmung eines aussagekräftigen Assoziationsmaßes auch im Falle schwachbesetzter 2-dimensionaler Kontingenztafeln ist es notwendig, die beiden Merkmale zu skalieren. Die Skalierung ist derart, daß die Kontingenztafeln möglichst gut das Histogramm einer bivariaten Normalverteilung mit dem Korrelationskoeffizienten $\rho_{\max}$ widerspiegelt (s. Fisher-Lancaster Skalierung). Der Wert $\rho_{\max}$ erscheint daher als geeignet, den Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen zu beschreiben.

Bei der vorgenommenen Fisher-Lancaster Skalierung ist neben der maximalen Korrelation ($\rho_{\max}$) auch der Pearsonsche Kontingenzkoeffizient zu sehen, sowie die den Merkmalsausprägungen zugeordneten reellen Zahlen.

Um die Hypothese

H_0 : zwischen den Stufen des einen Merkmals bestehen keine Unterschiede bezüglich des anderen Merkmals zu prüfen, wurde der Roy-Test angewendet. (HARTUNG 176) Die Hypothese H_0 wird zum Niveau α verworfen, falls gilt:

$$\rho_{\max}^2 > R_{1-\alpha}(c-1, n-1, l-1)$$

wobei $R_{(1-\alpha)}(c-1, n-1, l-1)$ der kritische Wert des Roy-Tests ist, mit n = Anzahl der Beobachtungen

l = Anzahl der Ausprägungen des einen Merkmals

c = Anzahl der Ausprägungen des anderen Merkmals

Zur Beurteilung des Signifikanzniveaus wurden die kritischen Grenzwerte des Roy-Tests sowohl für das 5%- wie für das 1%-Signifikanzniveau angegeben.

4.7.1.1 Verteilung zwischen Männern und Frauen, bezogen auf die drei gebildeten Untergruppen

Tabelle 37

	U_1	U_2	U_3	Episodische Alkoholiker gesamt
Männer	5 / 45%	10 / 53%	11 / 85%	26 / 60%
Frauen	6 / 55%	9 / 47%	2 / 15%	17 / 40%
	$n = 11$	$n = 19$	$n = 13$	$n = 43$

Maximale Korrelation: $\rho_{\max}^2 = 0,330$

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,314

Kritische Roy-Werte $R_{1-0,05} (1,40,2) = 0,139$

$R_{1-0,01} (1,40,2) = 0,205$

Signifikant sowohl auf 5%- als auch auf 1%-Signifikanzniveau

Skalierung: Männer: 0,8086075

Frauen: 1,2366939

U_1 : 0,9289873

U_2 : 0,4848088

U_3 : - 1,4946329

4.7.1.7 Rauschtrinken

Tabelle 43

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
negiert	2 / 18%	2 / 11%	1 / 8%	5 / 12%
weniger als 1 x monatlich	5 / 45%	9 / 47%	4 / 31%	18 / 42%
1-3 x monatlich	4 / 36%	4 / 21%	7 / 54%	15 / 35%
1-3 x wöchentlich	0 / 0%	2 / 11%	0 / 0%	2 / 5%
(fast) täglich	0 / 0%	1 / 5%	0 / 0%	1 / 2%
unbekannt	0 / 0%	1 / 5%	1 / 8%	1 / 2%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation : $\rho^2_{\max}$ 0,380

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,398

Kritische Roy-Werte: $R_{(1-0,05)}(5,40,2) = 0,305$

$R_{(1-0,01)}(5,40,2) = 0,390$

Signifikant auf 5%-Niveau.

Skalierungswerte für die Untergruppe 2:

0.0085031 -0.3802971 1.0182200 -2.8770293 -2.8770293 0.0803123

Skalierungswerte für die Untergruppe 3

05238676 -1.0925886 1.1535878

4.7.1.10 Art der alkoholischen Getränke

Tabelle 46

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker
vorwiegend Bier	3 / 27%	3 / 16%	5 / 38%	11 / 26%
vorw. Weiß-/Rotwein	3 / 27%	3 / 16%	1 / 8%	7 / 16%
vorw. Süd- und Rot- wein	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
vorw. Wermuthwein	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
vorw. Sekt	1 / 9%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 2%
vorw. Schnaps	0 / 0%	0 / 0%	4 / 31%	4 / 9%
vorw. Cocktails	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
keine Bevorzugung	4 / 36%	13 / 68%	3 / 23%	20 / 47%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation : $\rho_{\max}^2$ 0,570

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,552

Kritische Roy-Werte: $R_{(1-0,05)}(4,40,2) = 0,285$

$R_{(1-0,01)}(4,40,2) = 0,345$

Signifikant auf 5%- wie auf 1%-Niveau

Skalierungswerte für die Untergruppe 2

0.6061037 0.5642839 0.9151717 -2.6542821 0.6209555

Skalierungswerte für die Untergruppe 3

0.5218713 0.7334774 -1.5135888

4.7.1.11 Tägliche Alkoholmenge

Tabelle 47

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker
< 100 ml	1 / 9%	1 / 5%	1 / 7%	3 / 7%
100 - 200 ml	2 / 18%	3 / 16%	1 / 7%	6 / 14%
200 - 300 ml	3 / 27%	7 / 37%	3 / 23%	13 / 30%
300 - 400 ml	3 / 27%	1 / 5%	3 / 23%	7 / 16%
400 - 500 ml	1 / 9%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 2%
> 500 ml	0 / 0%	0 / 0%	1 / 7%	1 / 2%
unbekannt	1 / 9%	7 / 37%	4 / 31%	12 / 28%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation : $\rho_{\max}^2$ 0,400

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,452

Kritische Roy-Werte : $R_{(1-0,05)}(6,40,2) = 0,355$

$R_{(1-0,01)}(6,40,2) = 0,430$

Signifikant auf 5%-Niveau

Skalierungswerte für die Variable 2

0.5437487 0.2089238 -0.2993003 1.3265799

4.0146180 -0.1872113 -1.0089459

Skalierungswerte für die Variable 3

1.6039574 -0.8774304 -0.0747964

4.7.1.16 Anzahl der charakteristischen Trinkepisoden

Tabelle 53

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
erste Episode	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
2 - 5 Episoden	1 / 9%	0 / 0%	1 / 8%	2 / 5%
6 -10 Episoden	1 / 9%	2 / 11%	0 / 0%	3 / 7%
11-20 Episoden	1 / 9%	1 / 5%	1 / 8%	3 / 7%
mehr als 20 Episod.	7 / 64%	7 / 37%	7 / 54%	21 / 49%
unbekannt	1 / 9%	9 / 47%	4 / 21%	14 / 33%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation : $\rho^2_{\max}$ 0,375

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,382

Kritische Roy-Werte : $R_{(1-0,05)}(5,40,2) = 0,305$

$R_{(1-0,01)}(5,40,2) = 0,390$

Signifikant auf 5%-Niveau

Skalierungswerte für die Variable 2:

2.3543880 -0.7714017 0.6153528 0.6153529 -1.2259315

Skalierungswerte für die Variable 3:

1.2795907 -1.0738376 0.4867243

4.7.1.18 Phasenlänge

Tabelle 55

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
wenige Stunden	-	1 / 5%	-	1 / 2%
1 Tag	5 / 45%	6 / 32%	3 / 23%	14 / 33%
2 - 4 Tage	4 / 36%	8 / 42%	7 / 54%	19 / 44%
5 - 7 Tage	1 / 9%	1 / 5%	2 / 15%	4 / 9%
8 - 14 Tage	-	-	-	-
2 - 4 Wochen	-	1 / 5%	-	1 / 2%
länger als 4 Wochen	1 / 9%	-	-	1 / 2%
unbekannt	-	2 / 11%	1 / 8%	3 / 7%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation $\rho_{\max}^2$ 0,369

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,412

Kritische Roy-Werte: $R_{(1-0,05)}(6,40,2) = 0,355$

$R_{(1-0,01)}(6,40,2) = 0,430$

Signifikant auf 5%-Niveau.

Skalierungswerte für die Untergruppe 2:

2.2885107 0.5131590 -0.1787202 0.3351714 -2.2885107

4.4204274 -1.6575456

Skalierungswerte für die Untergruppe 3:

1.6293784 -0.8435496 -0.1458246

4.7.1.20 Länge der Zwischenphasen

Tabelle 57

	U_1	U_2	U_3	Episodische Alko- holiker, gesamt
bis 1 Woche	-	-	-	-
1 - 2 Wochen	-	2 / 11%	2 / 15%	4 / 9%
2 - 4 Wochen	5 / 45%	4 / 21%	2 / 15%	11 / 26%
4 - 8 Wochen	3 / 27%	2 / 11%	5 / 38%	10 / 23%
12 Wochen	-	3 / 16%	1 / 8%	4 / 9%
länger als 12 Wochen	2 / 18%	3 / 16%	1 / 8%	6 / 14%
unbekannt	1 / 9%	5 / 26%	2 / 15%	8 / 19%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation : $\rho^2_{\max}$ 0,383
 Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,440

Kritische Roy-Werte: $R_{(1-0,05)}(5,40,2) = 0,305$
 $R_{(1-0,01)}(5,40,2) = 0,390$

Signifikant auf 5%-Niveau.

Skalierungswerte für die Untergruppe 2:

1.2453288 1.0364047 0.6986783 -1.7668324
 0.2193409 -0.9568295

Skalierungswerte für die Untergruppe 3:

1.6049762 -0.8761924 -0.0774679

4.7.1.21 Trinkverhalten in den Zwischenphasen

Tabelle 58

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
Abstinenz	2 / 18%	7 / 37%	4 / 31%	13 / 30%
Kontroll. Trinken	5 / 45%	6 / 33%	3 / 23%	14 / 33%
variiert	2 / 18%	5 / 26%	5 / 38%	12 / 28%
massiver Konsum	2 / 18%	-	1 / 8%	3 / 7%
unbekannt	-	1 / 5%	-	1 / 2%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation : $\rho^2_{\max}$ 0,381

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,393

Kritische Roy-Werte: $R_{(1-0,05)}(4,42,2) = 0,265$

$R_{(1-0,01)}(4,42,2) = 0,335$

Signifikant auf 1%- und 5%-Niveau.

Skalierungswerte für die Untergruppe 2:

0,7762699 0,4038997 -0,7222303 2,1543672 2,2135253

Skalierungswerte für die Untergruppe 3:

1,5683153 -0,6096923 -0,6772266

4.7.1.22 Frühere Behandlung des Alkoholismus

Tabelle 59

	U ₁	U ₂	U ₃	Episodische Alko- holiker, gesamt
vorhergehende Be- handlung	1 / 9%	8 / 43%	9 / 69%	17 / 40%
keine vorhergehen- de Behandlung	10 / 91%	11 / 57%	4 / 21%	26 / 60%
	n = 11	n = 19	n = 13	n = 43

Maximale Korrelation $\rho_{\max}^2$ 0,454

Kontingenzkoeffizient (Pearson): 0,413

Kritische Roy-Werte: $R_{(1-0,05)}(1,40,2) = 0,139$

$R_{(1-0,01)}(1,40,2) = 0,205$

Signifikant auf 5%- und 1%-Niveau.

Skalierung:

Vorhergehende Behandlung: 1,1785113

Keine vorhergehende Behandlung: 0,0485281

U₁ : 1,4637248

U₂ : -0,0109345

U₃ : -1,2225552

D a n k s a g u n g

An dieser Stelle möchte ich es nicht versäumen, mich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München in Sekretariat, Ambulanz, Poliklinik, Datenverarbeitung und Bibliothek für die Unterstützung dieser Arbeit zu bedanken.

Herrn Dr. A. Yassouridis, Abteilung für Biostatistik, danke ich für seine entgegenkommende Mithilfe bei der Erstellung des statistischen Teils.

Herrn Prof. Dr. Wilhelm Feuerlein gilt mein besonderer Dank für die Vergabe des interessanten Themas, für viele wertvolle und anregende Hinweise sowie für die vierjährige stets freundliche, aufmerksame Betreuung und inhaltliche Diskussion der vorliegenden Dissertation.

Lebenslauf

- 21.12.1953 geboren in Altenplos, Kreis Bayreuth
Eltern: Konrad und Johanna Margarete Hahn,
geb. Pezoldt
- 1960 - 1974 Besuch der Volksschule, des Markgräfin-
Wilhelmine-Gymnasiums in Bayreuth (mus.
Gymnasium) sowie der Fachoberschule Bayreuth
(Fachrichtung Sozialwesen)
- 1974 Ablegung der Reifeprüfung (Zeugnis der Fach-
hochschulreife)
- 1974 - 1978 Studium der Sozialarbeit an der Fachhochschule
Coburg, Fachrichtung Resozialisierung und
Rehabilitation
- 1978 staatliche Anerkennung als Sozialpädagoge
- 1978 - 1980 berufliche Tätigkeit als Dipl.-Sozialpäd. (FH)
im Sozialdienst der AOK Bayreuth-Kulmbach
- 1980 - 1986 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-
Maximilian-Universität München
- 14.5.1986 Eheschließung mit Hannelore Navarro
- seit 20.5.1986 Tätigkeit als Assistenzarzt in der Inneren
Medizin; Krankenhaus Kreuth / Tegernsee

1900 - 1909

- 1900 - 1901
 1. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 1. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 1. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1901 - 1902
 2. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 2. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 2. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1902 - 1903
 3. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 3. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 3. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1903 - 1904
 4. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 4. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 4. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1904 - 1905
 5. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 5. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 5. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1905 - 1906
 6. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 6. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 6. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1906 - 1907
 7. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 7. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 7. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1907 - 1908
 8. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 8. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 8. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
- 1908 - 1909
 9. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 9. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften
 9. Jahrgang des Jahrbuchs der Naturwissenschaften

